

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS.  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO**

**JOSÉ LUIZ POSSOLLI**

**DIREITO À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DOS GASTOS EM  
AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE À LUZ DA LEI  
COMPLEMENTAR N.º 141/2012 NO MUNICÍPIO DE  
CRICIÚMA-SC.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira.

Coorientador: Prof. Dr. Dimas de Oliveira Estevam.

**CRICIUMA-SC  
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P856d Possolli, José Luiz.

Direito à saúde : um estudo de caso dos gastos em ações e serviços públicos de saúde à luz da Lei Complementar nº 141/2012 no município de Criciúma-SC. - 2017.

195 p : il. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, Criciúma, 2017.

Orientador: Reginaldo de Souza Vieira.

Coorientador: Dimas de Oliveira Estevam.

1, Sistema Único de Saúde – Criciúma (SC). 2. Serviços de saúde comunitária – Criciúma (SC). 3. Políticas públicas. 4. Direito a saúde. 5. Financiamento da saúde pública. I. Título.

CDD. 22<sup>a</sup> ed. 362.1



**JOSÉ LUIZ POSSOLLI**

**DIREITO À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DOS GASTOS EM  
AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE À LUZ DA LEI  
COMPLEMENTAR N.º 141/2012 NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA**

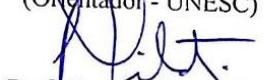
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

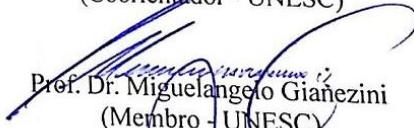
Criciúma, 30 de junho de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dr. Reginaldo de Souza  
Vieira  
(Orientador - UNESC)

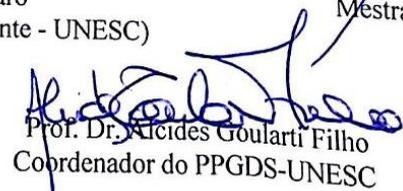
Prof. Dr. Dimas de Oliveira  
Estevam  
(Coorientador - UNESC)

  
Prof. Dr. José Isaac Pilati  
(Membro - UFSC)

  
Prof. Dr. Miguelangelo Gianezini  
(Membro - UNESC)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giovana Ilka Jacinto  
Salvaro  
(Membro Suplente - UNESC)

  
José Luiz Possolli  
Mestrando

  
Prof. Dr. Alcides Goularti Filho  
Coordenador do PPGDS-UNESC



**Dedico esta dissertação à minha família, em especial meus pais, Nilton e Anair, minha esposa, Sílvia, e meus filhos, Natália e Enrico.**



## AGRADECIMENTOS

A realização desta conquista não é pessoal, ela reflete o comprometimento coletivo daqueles que me auxiliaram e me apoiaram ao longo dos muitos anos de minha formação acadêmica. Por isso, nesta hora, só tenho a agradecer:

A Deus, pela saúde, equilíbrio, força e fé que me ajuda a conquistar;

Aos meus pais, Nilton e Anair, pelo carinho, zelo e disponibilidade que me dedicam;

À Sílvia, minha esposa, Natália e Enrico, meus filhos, pela compreensão e apoio nos momentos de angústia e compartilhar comigo os momentos de alegria;

Ao meu orientador, professor doutor Reginaldo de Souza Vieira, que faz da docência e da pesquisa instrumentos para modificar a realidade, especialmente na saúde pública;

Ao meu coorientador, professor doutor Dimas de Oliveira Estevam, pelas experiências partilhadas;

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela disposição e auxílio constantes na trajetória profissional.



“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos que as grandes coisas do Homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin



## RESUMO

A positivação da saúde como direito social e fundamental, no Brasil, ocorreu com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 (CRFB/1988), rompendo com o modelo de serviços públicos em saúde vinculados à previdência social, restritos às classes de trabalhadores formais que contribuía para o sistema de seguro. A nova concepção de saúde possibilitou acesso universal, igualitário e integral aos serviços públicos, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de um orçamento mínimo destinado ao setor. Para atender aos objetivos e princípios informadores do SUS, especialmente o atendimento a toda população, a legislação infraconstitucional, ao tratar do financiamento do sistema, obrigou os Municípios a investirem o percentual mínimo de 15% dos recursos provenientes da arrecadação com impostos próprios e das transferências legais recebidas da União e do Estado, em ações e serviços públicos de saúde, conforme definições dadas pela Lei Complementar (LC) n.º 141/2012. A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar as ações e serviços públicos de saúde nos anos de 2011 e 2013 pelo Município de Criciúma-SC, à luz da LC 141/2012, averiguando a composição dos gastos e possíveis alterações na alocação dos recursos face à nova legislação. Para a realização da pesquisa foi realizado trabalho monográfico, com pesquisa bibliográfica, documental e exploratória, método dedutivo e abordagem qualitativa e quantitativa. Para o estudo de caso foi realizada coleta e análise de dados secundários obtidos junto a sítios eletrônicos oficiais na internet. Na delimitação do período estudado (2011 e 2013) considerou-se a edição da LC 141/2012, tendo-se analisado os anos imediatamente anterior e posterior à Lei. A análise dos gastos em saúde revelou não ter havido alterações quanto às rubricas de pagamentos, embora alguns procedimentos sinalizem possíveis infrações à legislação; entretanto, indica a necessidade de reavaliar-se o financiamento, uma vez que a representatividade dos gastos instrumentais e imobilizações em relação ao gasto total é bastante significativa, o que resulta em escassez de recursos para a efetiva prestação de serviços, comprometendo os objetivos do SUS.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde. Financiamento da Saúde Pública. Ações e Serviços Públicos de Saúde.



## ABSTRACT

The positivation of health as a social and fundamental right, in Brazil, occurred with the promulgation of the Constitution of the Federative Republic of Brazil, in 1988 (CRFB/1988) breaking with the model of public health services linked to social security, restricted to the classes of formal workers that contributed to the security system. The new conception of health provided universal, equal and integral access to public services, with the creation of the Unified Health System (SUS) and a minimum budget for the sector. In order to meet the objectives and informing principles of SUS, especially the service to all population, the infraconstitutional legislation, when dealing with the system's financing, obliged the Municipalities to invest the minimum percentage of 15% of the proceeds from the collection with own taxes and legal transfers received from the Federal Government and the State, in actions and public health services, as defined by Complementary Law (LC) n.º 141/2012. The present research had as general objective to analyze the actions and public services of health in the years 2011 and 2013 by the Municipality of Criciúma, Santa Catarina State, South of Brazil, in the light of LC 141/2012, ascertaining the composition of the expenses and possible changes in the allocation of resources with the new legislation. For the accomplishment of the research was carried out a monographic work, with bibliographic, documentary and exploratory research, deductive method and qualitative and quantitative approach. For the case study, was collected and analyzed secondary data obtained from official electronic websites. In the delimitation of the period studied (2011 and 2013) was considered the edition of LC 141/2012, analyzing the years immediately before and after the Law. The analysis of health expenditures revealed that there were no changes to the payment items, although some procedures indicate possible breaches of legislation; however, indicates the need to re-evaluate the financing, since the representativity of instrumental expenses and fixed assets in relation to total expenditure is quite significant, which results in a shortage of resources for the effective services, compromising SUS objectives.

**Keywords:** Right to Health. Public Policy. Health Unic System. Financing of Public Health. Public Health Actions and Services.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Composição da receita pública municipal em 2011 e 2013 (em reais).....	136
Tabela 2 - Composição da receita com impostos em 2011 e 2013 (em reais).....	138
Tabela 3 - Valores recebidos pelo Município de Criciúma-SC referente às transferências constitucionais nos anos de 2011 e 2013 (em reais). ...	139
Tabela 4 - Receitas de transferências de recursos de outras esferas de governo para a saúde em 2011 e 2013 (em reais). ....	142
Tabela 5 - Cálculo do valor mínimo a ser aplicado em ASPS pelo Município de Criciúma-SC em 2011 e 2013 (em reais).....	144
Tabela 7 - Despesas em ASPS conforme divisão por Grupos em 2011 e 2013 (em reais).....	148
Tabela 9 - Gastos com serviços prestados por pessoa jurídica no Grupo 'Fundo municipal de saúde' em 2011 e 2013 (em reais).....	152
Tabela 10 - Valores gastos com despesas instrumentais em 2011 e 2013 (em reais).....	157
Tabela 11 - Participação das principais rubricas na composição da despesa total em 2011 e 2013 (em reais). ....	161
Tabela 12 - Gasto público municipal per capita em ações e serviços públicos de saúde em 2011 e 2013 (em reais).....	163



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Variação das receitas com impostos próprios em 2011 e 2013. .....	139
Gráfico 2 - Variação no ingresso de receitas com impostos e das transferências legais nos anos de 2011 e 2013. ....	141
Gráfico 3 - Variação das transferências de recursos para a saúde recebidas pelo Município de Criciúma-SC das demais esferas de governo em 2011 e 2013. ....	143
Gráfico 4 - Variação da receita total comparada à variação das despesas em saúde em 2011 e 2013. ....	145
Gráfico 5 - Percentual efetivamente aplicado em ASPS em 2011 e 2013. .....	147
Gráfico 6 - Variação dos gastos em saúde de acordo com o grupo de despesas em 2011 e 2013. ....	148
Gráfico 7 - Participação das principais rubricas no total das despesas pagas em 2011. ....	154
Gráfico 8 - Participação das principais rubricas no total das despesas pagas em 2013. ....	155
Gráfico 9 - Valores relativos a gastos com hospitais, clínicas e laboratórios em 2011 e 2013 (em reais). ....	156
Gráfico 10 - Aquisição de bens imobilizados em 2011 e 2013 (em reais). .....	159
Gráfico 11 - Valores gastos nas aquisições de equipamentos hospitalares em 2011 e 2013 (em reais). ....	160
Gráfico 12 - Gastos com material hospitalar e medicamentos em 2011 e 2013 (em reais). ....	161
Gráfico 13 - Percentual de participação das rubricas na composição do gasto total em 2011 e 2013. ....	163



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABSC** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
**ADCT** - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias  
**ADIN** - Ação Direta de Inconstitucionalidade  
**AMREC** - Associação dos Municípios da Região Carbonífera  
**ASPS** - Ações e Serviços Públicos de Saúde  
**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
**CFM** - Conselho Federal de Medicina  
**CGU** - Controladoria Geral da União  
**CIDE** - Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico  
**CIDE** - Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico  
**CNS** - Conferência Nacional da Saúde  
**COFINS** - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social  
**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários da Saúde  
**CPMF** - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
**CPP** - Contribuição Previdenciária Patronal  
**CPRB** - Contribuição Previdenciária sobre a Receita Bruta  
**CRC** - Conselho Regional de Contabilidade  
**CRFB/1988** – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988  
**CSLL** - Contribuição Social sobre o Lucro  
**CSN** - Companhia Siderúrgica Nacional  
**CTN** - Código Tributário Nacional  
**EC** - Emenda Constitucional  
**FGTS** - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
**ICMS** - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços  
**IE** – Imposto de Exportação  
**II** – Imposto de Importação  
**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social  
**IOF** - Imposto sobre Operações Financeiras  
**IPCA** - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo  
**IPI** - Imposto sobre Produtos Industrializados  
**IPTU** - Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana  
**IPVA** - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores  
**IR** – Imposto de Renda  
**IRRF** - Imposto de Renda Retido na Fonte  
**ISS** - Imposto sobre Serviços  
**ITBI** – Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis  
**ITCMD** – Imposto sobre a Transmissão *Causa Mortis* e Doações  
**ITR** - Imposto Territorial Rural  
**LC** – Lei Complementar



**LDO** - Lei de Diretrizes Orçamentárias  
**LOA** - Lei Orçamentária Anual  
**LOS** - Lei Orgânica da Saúde  
**LRF** - Lei de Responsabilidade Fiscal  
**OAB** - Ordem dos Advogados do Brasil  
**OMS** - Organização Mundial da Saúde  
**ONU** - Organização das Nações Unidas  
**PASEP** - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público  
**PIB** - Produto Interno Bruto  
**PIS** - Programa de Integração Social  
**PPA** - Plano Plurianual  
**RICMS/SC** - Regulamento do ICMS de Santa Catarina  
**RIR** - Regulamento do Imposto de Renda  
**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SC** - Santa Catarina  
**SINPAS** - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
**SIOPS** - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
**STF** - Supremo Tribunal Federal  
**STN** - Sistema Tributário Nacional  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**TIP** - Taxa de Iluminação Pública



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>2 A SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO .....</b>	<b>34</b>
2.1 A POSITIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PELA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988.....	42
2.2 O ESTADO SOCIAL COMO GARANTIA À CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS .....	46
2.3 O DIREITO À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS	51
<b>2.3.1 O Direito à saúde nas Constituições Brasileiras antes de 1988 .....</b>	<b>52</b>
<b>2.3.2 O novo conceito de saúde trazido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.....</b>	<b>55</b>
2.4 O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO .....	59
<b>2.4.1 Diretrizes, princípios, objetivos e atribuições do SUS.....</b>	<b>63</b>
<b>3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL APÓS O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS .....</b>	<b>71</b>
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	71
3.2 ASPECTOS TRIBUTÁRIOS NO SISTEMA FEDERALISTA BRASILEIRO .....	77
<b>3.2.1 Sistema Tributário Nacional (STN).....</b>	<b>79</b>
<b>3.2.2 Espécies tributárias .....</b>	<b>82</b>
<b>3.2.3 Princípios constitucionais tributários.....</b>	<b>104</b>
3.3 A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/2000 E SUA REGULAMENTAÇÃO PELA LEI COMPLEMENTAR N.º 141/2012 .....	113
<b>3.3.1 Vinculação de recursos .....</b>	<b>114</b>
<b>3.3.2 Ações e serviços públicos de saúde (ASPS) .....</b>	<b>118</b>
3.4 A TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE DOS GASTOS EM SAÚDE .....	124
<b>4 OS GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE REALIZADOS PELO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC À LUZ DA LEI COMPLEMENTAR N.º 141/2012 E DA LEGISLAÇÃO EM SAÚDE NOS ANOS DE 2011 E 2013.....</b>	<b>131</b>
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA E ECONÔMICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC .....	132



4.2 A RECEITA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC NOS ANOS DE 2011 E 2013 .....	136
4.3 AS DESPESAS COM SAÚDE PÚBLICA REALIZADAS PELO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC NOS ANOS DE 2011 E 2013 .....	143
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>166</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>173</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A relevância do tema “saúde pública” na sociedade atual pode ser comprovada nas inúmeras enquetes realizadas pelos meios de comunicação, no sentido de saber qual a maior preocupação do brasileiro<sup>1</sup>. Na maioria delas a saúde desponta em primeiro lugar, atestando que, embora se reconheça avanços importantes, ainda se está muito aquém em dar efetividade à prestação dos serviços públicos de saúde.

Abreviando o esboço histórico acerca do tema, que tem seu início no período colonial brasileiro, especificamente com a chegada da família real portuguesa, em 1808, pode-se analisar a saúde pública no Brasil em dois momentos distintos: Antes da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CRFB/1988, e após sua vigência, destacando-se preceitos e definições que alteraram significativamente o financiamento da saúde pública, bem como os destinatários dos serviços oferecidos pelo Estado, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), como ficou conhecida a Lei 8.080/1990.

As discussões acerca do direito à saúde ganharam novos contornos com a promulgação da CRFB/1988, principalmente em relação às garantias de cobertura universal e integral, que se constituem nos pilares do SUS. Estas garantias objetivam reduzir desigualdades no atendimento, oportunizando acesso ao sistema a todos os indivíduos, independentemente de condição social ou vínculo laborativo, constituindo-se em um sistema único, diferentemente do que ocorria até então, onde as classes organizadas de trabalhadores, filiadas a uma categoria profissional, eram atendidas pelo sistema de saúde pública, cabendo aos demais cidadãos o atendimento filantrópico, como se diferentes fossem por não contribuírem para um regime de seguro social.

Há, então, uma notória mudança no comportamento das pessoas, especificamente no Brasil, e de maneira tardia, nos últimos 20 anos, relativamente à positivação e efetivação de direitos, cobrando-se do Estado a garantia da realização de serviços públicos e da proteção dos chamados direitos difusos. Hoje, não se imagina a recusa de atendimento a um cidadão que procura auxílio em uma unidade de saúde em razão de não contribuir para o sistema previdenciário, fato perfeitamente legal

---

<sup>1</sup> Para 45% das pessoas, saúde é o principal problema do país; insatisfação é tanto com o SUS como com convênios privados. (Pesquisa Datafolha de 26/03/2014) (LEITE, 2014).

antes da CRFB/1988. E assim também acontece na reserva de vagas para pessoas portadoras de deficiência, na proteção da natureza, dos animais, no respeito às minorias, entre outras.

Com a vigência do texto constitucional, a contribuição dos trabalhadores, na condição de segurados, para a previdência social, deixou de ser um requisito para que fossem utilizados os serviços de saúde pela população, passando-se, então, a haver uma expressa distinção entre saúde e previdência, que juntamente com a assistência social constituem o que se chama de seguridade social.<sup>2</sup>

Esta mudança de paradigma no tratamento das questões da saúde faz parte de um longo processo reivindicatório, que principalmente a partir da década de 1970 ganhou impulso, ensejando discussões e debates acerca de uma saúde inclusiva, que ganharam nova dimensão com a abertura democrática no início da década de 1980, em especial na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1986, que teve pela primeira vez após o regime ditatorial a participação popular, e teceu o arcabouço utilizado pelo Congresso Nacional, então Constituinte, na elaboração do capítulo da saúde, que mais tarde integrou o texto da CRFB/1988 (VIEIRA, 2013).

Este processo tem por objetivo a busca de justiça social, que permita à coletividade alcançar condições humanas de sobrevivência e de respeito nas inter-relações sociais e com o meio-ambiente. Desta forma, conquistas relacionadas aos direitos sociais, dos quais o Direito Sanitário está inserido, dos direitos do consumidor, do Direito Ambiental, entre outros, convergem para um comando jurídico unificado de proteção individual e coletiva (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

A partir de então, com a promulgação da CRFB/1988, estava consagrado o direito à saúde como um direito fundamental, garantido constitucionalmente, tendo início à produção de uma legislação infraconstitucional para dar suporte à adoção de políticas públicas que propiciem efetividade às ações e serviços que tenham por objeto a promoção, proteção e recuperação da saúde, uma vez que o texto constitucional, por si só, não garante a materialidade do direito à população. Assim, mais do que positivá-lo e buscar meios de torná-lo efetivo, é preciso protegê-lo, pois além de uma concepção filosófica, os direitos humanos, nos quais se insere a saúde, devem ser analisados sob uma perspectiva política, que pode despertar convicções diferentes em

---

<sup>2</sup> CRFB/1988, art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

relação à sua concretização, constituindo-se em ameaça ao próprio direito (BRASIL, 1988; BOBBIO, 2004; AITH, 2010).

Assim, a elevação do direito à saúde à categoria de direito fundamental requer que o Estado e a sociedade encontrem mecanismos de efetivação deste direito, por meio da prestação de serviços públicos de qualidade que propiciem ao cidadão bem-estar físico, mental e social, alcançando a saúde plena, condição indispensável para o exercício dos demais direitos assegurados pela Constituição.

Dentre as garantias buscadas para a materialização do direito à saúde destaca-se o financiamento do sistema. Em um Estado que afasta a focalização e garante aos seus cidadãos a prestação de serviços de saúde como um direito fundamental, tendo como princípios basilares a universalidade, a integralidade e a gratuidade, que adiante serão detalhados, a questão do custeio assume conotação deveras importante; afinal, é preciso definir de onde virão os recursos para garantir o funcionamento do sistema de saúde.

No entanto, o constituinte originário apenas previu que o sistema único de saúde seria financiado com recursos dos orçamentos dos entes políticos, sem, entretanto, estabelecer critérios definidores do *quantum* deveria ser investido, fato que foi modificado pelo texto da Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000, ao prever a necessidade de Lei Complementar que assegurasse recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que somente 12 anos mais tarde foi materializada por meio da edição da Lei Complementar (LC) n.º 141/2012 (BRASIL, 2000a).

Desta forma, para garantir efetividade na prestação dos serviços, foram definidos valores mínimos a serem investidos na saúde, calculados com base na arrecadação de impostos nos três níveis de governo, criando-se um orçamento mínimo. Com isso, operou-se a vinculação de recursos orçamentários às ações e serviços públicos de saúde, a serem prestados pelos entes políticos de forma hierarquizada e regionalizada, conforme preceitua o artigo 198 da CRFB/1988 (BRASIL, 1988; PIOLA, 2013).

Importante ressaltar que a participação da comunidade nas decisões sobre a aplicação de recursos em ações de saúde também encontra guarida na Carta Magna de 1988. Para definir a forma de participação da comunidade na gestão do SUS, foi sancionada a Lei 8.142/1990, que prevê a existência de conferência de saúde e conselho de saúde em todas as esferas de governo, no sentido de que a população eleja suas prioridades, no exercício pleno da cidadania. Esta Lei também disciplina as transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados à saúde, definindo os critérios, condições e responsabilidades

da União, Estados e Municípios (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; CAVALCANTI, 2011).

Enfim, todo o aparato legislativo advindo da garantia constitucional do direito à saúde, no sentido de materializá-lo, exige dos gestores públicos responsabilidade administrativa. Assim, cabe aos órgãos de controle dos gastos públicos, os Tribunais de Contas, fiscalizarem a correta aplicação dos recursos nas ações e serviços públicos de saúde definidos na LC 141/2012, coibindo desvios de finalidade e punindo eventuais irregularidades, em observância à Lei Complementar n.º 101/2000, que trata da responsabilidade na gestão fiscal (BRASIL, 2000b).

Da mesma forma, é dever da administração pública executar uma gestão transparente, com informação plena à sociedade de todo ingresso de recursos financeiros e gastos realizados pelo ente público, utilizando para isso de todos os meios possíveis, mormente de recursos tecnológicos de grande alcance social. A obrigatoriedade de divulgação de informações sobre a execução orçamentária e financeira dos entes políticos foi consubstanciada pela Lei Complementar n.º 131/2009, a chamada Lei da Transparência, e, posteriormente, pela Lei n.º 12.527/2011, que tem por escopo regular o acesso à informação (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011a).

A obrigatoriedade da divulgação dos dados, portanto, alcança a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Aos Municípios com mais de cem mil habitantes, bem como à União e aos Estados, a referida Lei estabeleceu prazo de um ano após sua publicação para que os entes disponibilizem as informações relativas a execução da receita e das despesas. Assim, a partir de 27 de maio de 2010, o Município de Criciúma-SC, *locus* deste estudo, já estava obrigado a disponibilizar as informações relativas aos gastos realizados pelo ente público municipal (BRASIL, 2009a).

Por isso, a presente pesquisa, a partir do referencial teórico utilizado e dos dados coletados junto aos órgãos de controle, tem por objetivo geral analisar os gastos em ações e serviços públicos de saúde à luz da Lei Complementar 141/2012 pelo Município de Criciúma-SC nos anos de 2011 e 2013, destacando as rubricas mais expressivas na composição do gasto. Frisa-se que os gastos relativos ao ano de 2011 não se submetiam ao regramento da LC 141, editada somente em 2012, entretanto, utilizou-se as novas disposições trazidas por ela para análise dos gastos naquele ano.

Quanto aos objetivos específicos, estes foram determinados no sentido de: (a) compreender a saúde pública à luz dos direitos fundamentais com a constitucionalização do direito à saúde e o

surgimento do SUS; (b) descrever as fontes de financiamento da saúde pública a partir da criação de um orçamento mínimo baseado na arrecadação de impostos pelos entes federados; e (c) identificar as principais despesas na composição dos gastos em ações e serviços públicos de saúde em Criciúma-SC no anos analisados.

Para o alcance dos objetivos, a questão de pesquisa a ser respondida é: O Município de Criciúma-SC observou as diretrizes da Lei Complementar 141/2012 na execução dos gastos em ações e serviços públicos de saúde em 2011 e 2013?

No desenvolvimento do trabalho deu-se especial atenção ao caráter interdisciplinar dessa pesquisa. Para tanto, foi necessário atentar aos conceitos de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, a fim de evitar a utilização de terminologias inadequadas à pesquisa, tornando-a ambígua (PIMENTA, 2006), eliminando as confusões engendradas pelo tema. A este respeito, Leis (2011) esclarece que um estudo interdisciplinar requer integração de conteúdos capaz de gerar “algo novo”, e não simplesmente conhecimentos disciplinares superpostos.

O trabalho adota método de pesquisa dedutivo, uma vez que parte da compreensão das regras gerais para compreender os casos específicos. O presente estudo utiliza abordagem quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa está consubstanciada na coleta de dados junto à prefeitura municipal de Criciúma-SC e ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) por meio de seus sítios eletrônicos. A abordagem qualitativa se faz presente pelas alegações reivindicatórias e participatórias, ao se confrontar as reais necessidades sociais com os investimentos públicos realizados na área da saúde. Utilizou-se, também, alegações de conhecimentos pragmáticas, uma vez que a pesquisa conduzirá a uma reflexão política e de justiça social (CRESWELL, 2007), promovendo discussões que objetivam o aperfeiçoamento dos serviços estatais, visando benefícios coletivos.

Em relação à estratégia associada às abordagens quantitativa e qualitativa, foram utilizados procedimentos concomitantes, que, na definição de Creswell (2007), convergem dados quantitativos e qualitativos, analisando amplamente o problema e integrando informações na interpretação dos resultados.

Quanto aos objetivos, a pesquisa é, além de descritiva, também exploratória, uma vez que verifica as rubricas que compõem os gastos com saúde, utilizando uma estratégia exploratória sequencial, onde se utiliza dados e resultados quantitativos no auxílio à interpretação dos resultados qualitativos (CRESWELL, 2007).

Como procedimento foi realizada pesquisa bibliográfica, documental e estudo de caso, sendo todo o material referente ao tema de estudo de domínio público, por meio de legislação, livros, sítios eletrônicos e demais fontes já publicamente disponibilizadas (BEUREN, 2008).

Percebe-se que no desenvolvimento da pesquisa adentra-se em campos de conhecimentos distintos, envolvendo diferentes ciências, como contábeis, administrativas, jurídicas e econômicas. Entretanto, embora distintos, tais campos apresentam estreitas relações, comprovadas no desenvolvimento da pesquisa, haja vista o grau de complementaridade existente entre elas, precipuamente para o tema pesquisado. Tais laços são evidenciados pela pesquisa dos fundamentos jurídicos e dos preceitos legais na administração pública, o que leva em consideração aspectos econômicos, tributários e administrativos.

Para a pesquisa documental e o estudo de caso, foram realizadas visitas aos sítios eletrônicos da Prefeitura Municipal de Criciúma-SC e de seu Portal da Transparência, do órgão de controle de contas públicas (Tribunal de Contas de Santa Catarina) e do SIOPS, vinculado ao Ministério da Saúde. Nestes sítios estão disponibilizadas informações relativas aos recursos arrecadados pelo Município, bem como o valor gasto em ações e serviços públicos de saúde, de maneira sintética. Para o detalhamento das despesas, foi utilizado um sítio eletrônico específico, denominado e-gov betha, vinculado ao Portal da Transparência, que discrimina analiticamente todos os pagamentos efetuados.

Com o detalhamento dos gastos realizados pelo Município de Criciúma-SC, foram elaboradas planilhas segregando-os por função, ou seja, identificou-se os gastos relacionados diretamente à promoção, proteção e recuperação da saúde, e aqueles que, embora necessários para a consecução da atividade finalística podem ser considerados como auxiliares à efetiva prestação de serviços de saúde.

O recorte temporal da presente pesquisa, com análise dos gastos dos anos de 2011 e 2013, justifica-se pelo fato de que a determinação da EC n. 29/2000, que alterou o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, ao incluir o parágrafo 3.º, estabelecendo a necessidade de edição de Lei Complementar para definir valores mínimos de investimentos em saúde, ter sido instrumentalizada somente em 2012, com a edição da LC 141, em 13 de janeiro de 2012. Assim, os anos pesquisados refletem o ‘antes’ e o ‘depois’ da regulamentação legal acerca dos gastos em saúde.

A presente pesquisa foi estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo, denominado **“A Saúde como um Direito Fundamental na Constituição Brasileira: Direito de Todos e Dever do Estado”**, está

relacionado aos direitos fundamentais insculpidos na Constituição Brasileira de 1988, dos quais a saúde emerge com significativa relevância. Nele são destacadas as funções estatais em um modelo de Estado Social, além de evidenciar a abordagem do tema na história contemporânea do Brasil até o surgimento do Sistema Único de Saúde. Destacam-se como referências bibliográficas neste capítulo, Bobbio, Bonavides, Sarlet, Aith, Dallari e Nunes Junior.

O segundo capítulo, denominado “**As Fontes de Financiamento da Saúde Pública no Brasil após o Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)**”, está relacionado ao financiamento da saúde pública, o que passa pela determinação constitucional da existência de um orçamento mínimo para a saúde, com atribuições de todos os entes políticos, em uma gestão tripartite, conforme disciplina a CRFB/1988, em seu artigo 198, parágrafo 1º (BRASIL, 1988). Neste capítulo estão descritas as fontes de financiamento, especificamente os limites mínimos de investimentos em ações e serviços públicos de saúde a serem gastos pelos entes políticos, e a composição da receita pública; bem como as definições de competência tributária, das espécies tributárias e do sistema tributário nacional. Também abordou-se neste capítulo a questão da transparência nos gastos públicos. Utiliza-se como referencial bibliográfico, dentre outros, Piola, Machado, Amaro, Nascimento, Sabbag e Batista.

No terceiro e último capítulo, “**Os Gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde realizados pelo Município de Criciúma-SC à Luz da Lei Complementar n.º 141/2012 e da Legislação em Saúde nos Anos de 2011 e 2013**”, são analisados os gastos realizados pelo Município de Criciúma no período referenciado de acordo com a Lei Complementar 141/2012, verificando-se as rubricas e a participação de cada gasto no dispêndio total, além de verificar a receita destinada ao custeio.

## **2 A SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**

Direitos e deveres são palavras que se aprendem desde cedo e repetidas constantemente em todas as esferas da vida em sociedade, seja em casa, na escola ou no trabalho. Designam comportamentos esperados, apontando o que devemos cumprir e o que podemos reivindicar. Mas estes comportamentos passaram e passam por constantes mudanças à medida que uma época substitui outra e “exatamente a partir desse contexto de mudanças na sociedade [...] é que começa a aparecer e delinear-se o conceito dos direitos fundamentais”. (GARCIA, 2009, p. 9).

Desta forma, os direitos fundamentais são uma construção histórica que variam no tempo e no espaço, não havendo uma relação taxativa de possibilidades a serem tuteladas, em razão da descrição expressa na CRFB/1988, podendo haver novos direitos, ou nas palavras de Sarlet (2009, p. 121), “uma espécie de transmutação hermenêutica, no sentido do reconhecimento de novos conteúdos e funções dos direitos fundamentais já consagrados”. Ainda de acordo com o autor,

por mais analítica que seja a Constituição e por mais extenso que seja o elenco dos direitos expressamente reconhecidos como fundamentais por ocasião do pacto constituinte, isto não significa que não possam existir outras normas de direitos e garantias fundamentais, o que, de outra parte, não afasta a controvérsia sobre as possibilidades e limites que envolvem identificação de outras posições fundamentais no contexto da Constituição. Neste sentido, [...] vale dizer que na Constituição também está incluído o que não foi expressamente previsto, mas que implícita e indiretamente pode dela ser deduzido (SARLET, 2009, p. 107-108).

Da mesma maneira, não se pode entender que os direitos fundamentais são universais, como pressupostos ou sinônimos de direitos humanos. Estes últimos se referem a direitos supranacionais, geralmente advindos de tratados internacionais que reconhecem determinados direitos como necessários à dignidade da pessoa humana; enquanto que os primeiros são direitos reconhecidos e positivados em matéria constitucional na legislação interna de um Estado (AITH, 2010).

Isto explica o motivo pelo qual alguns países não reconhecem determinados direitos que para alguns povos são tidos como fundamentais. Na verdade, há que se observar o contexto cultural, histórico e social destes países, não havendo um conceito universal do certo ou errado, justo ou injusto. As diferenças se revelam e “o que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e em outras culturas”. (BOBBIO, 2004, p. 18).

A afirmação de Bobbio (2004), no sentido de os direitos fundamentais estarem vinculados fortemente à questão cultural e, por consequência, o que é fundamental em um país pode não ser em outro, apesar de verdadeira, encontra críticas. Piovesan (2009, p. 346) explica que o debate entre universalistas e relativistas traz à tona a questão dos fundamentos dos direitos humanos. Enquanto os segundos argumentam que “a noção de direitos está estritamente relacionada ao sistema político, econômico, cultural, social e moral vigente em determinada sociedade”, havendo uma pluralidade de culturas que produzem seus próprios valores; os primeiros (universalistas) defendem que “os direitos humanos decorrem da dignidade humana, enquanto valor intrínseco à condição humana”, e que em nome destas diferenças culturais acobertam-se violações aos direitos humanos, porque não positivados.

Sem querer adentrar profundamente nesta discussão, que não se constitui foco do presente trabalho, entende-se que as lutas e batalhas enfrentadas por tantas pessoas em busca do reconhecimento de direitos, sejam políticos, sociais ou econômicos, não pode sucumbir em nome de argumentos culturais, pura e simplesmente. Por isso, o diálogo entre as nações e seus habitantes, respeitadas suas diferenças culturais, poderão conduzir a ações que preservem a dignidade da pessoa humana em todos os povos.

A positivação de direitos em diversas partes do globo advém da construção histórica dos direitos humanos, que culminou com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a qual uniu as reivindicações liberais da cidadania, inspiradas nas declarações do final do século XVIII, especialmente a Declaração Francesa de 1789<sup>3</sup> e a

---

<sup>3</sup> Silva (1998, p. 162) afirma que a declaração francesa “proclama os princípios da liberdade, da igualdade, da propriedade e da legalidade e as garantias individuais liberais ...”, rompendo com o sistema absolutista francês.

Declaração Americana de 1776<sup>4</sup>, com a reivindicações sociais do início do século XX, inspiradas na Constituição de Weimar de 1919 e na Constituição Mexicana de 1917<sup>5</sup>, atribuindo um certo grau de paridade entre os direitos civis e políticos e os direitos sociais e econômicos, evidenciando a inter-relação existente entre estas duas categorias de direitos. Soma-se a isto a necessidade de reconstrução dos direitos humanos, que foram violentamente atacados durante a segunda guerra mundial, representando uma ruptura dos avanços sociais e políticos até então conquistados (PIOVESAN, 2009; SILVA, 1998).

Assim, os ideais apregoados pelas revoluções francesa e americana, “com base nas construções teóricas do liberalismo”, mostraram-se na prática como liberdades formais, uma vez que a maioria da população que ajudou a derrubar o antigo regime não foi contemplada para o pleno exercício da cidadania, então restrito à burguesia que ascendeu politicamente frente à queda da monarquia (VIEIRA, 2013, p. 128).

A luta da classe burguesa almejava maior liberdade frente ao Estado absolutista, mas sob o viés econômico já havia o domínio da burguesia. Assim,

O desenvolvimento industrial e a consequente formação de uma classe operária logo demonstraram insuficiência daquelas garantias formais, caracterizadoras das chamadas liberdades formais, de sentido negativo, como resistência e limitação ao poder. Pois a opressão não era, em relação à ela, apenas de caráter político formal, mas basicamente econômico. Não vinha apenas do poder político do Estado, mas do poder econômico capitalista. De nada adiantava as constituições e leis reconhecerem liberdades a todos, se a maioria não dispunha, e ainda não dispõe, de condições materiais para exercê-las (SILVA, 1998, p. 163).

---

<sup>4</sup> A declaração americana de 1776 tornou os Estados Unidos da América independentes da Grã-Bretanha. Foi baseada nos direitos naturais de Locke, impondo limites ao poder do Estado (SILVA, 1998).

<sup>5</sup> A constituição mexicana de 1917 foi a primeira a sistematizar os direitos sociais, seguida pela constituição alemã de Weimar, que influenciou o período constitucionalista após a primeira guerra mundial (SILVA, 1998).

Por isso, as declarações assinadas a partir de meados do século XX procuraram inserir em seus textos as garantias políticas de limitação de poder aliadas às garantias individuais, consubstanciadas em direitos fundamentais do ser humano. Neste sentido, a Carta da Nações Unidas, assinada em 1945, data em que chegava ao fim a segunda guerra mundial, um dos períodos mais sombrios da história mundial, precedeu a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assinada por 50 países presentes à Conferência sobre organização internacional, prevê em seu preâmbulo<sup>6</sup> o compromisso com os direitos fundamentais e a dignidade do ser humano, promovendo o progresso com liberdade, igualdade e justiça (ONU, 1945).

Como já anteriormente mencionado, a conquista de direitos pela sociedade se deu por meio de um longo processo histórico, que continua permanentemente, possibilitando desencadear o aparecimento de novos direitos ou a substituição de algum já existente por outro de maior alcance social. Assim,

os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas (BOBBIO, 2004, p. 5).

Em termos conceituais, neste sentido, o aparecimento de novos direitos advém de exigências sociais que assim os reclamam. Por isso, no entendimento de Bobbio (2004, p. 73), as aspirações ou pretensões que a sociedade reclama como direitos, ainda não o são, uma vez que não estão positivados, constituindo-se tão somente em exigências (termo por ele utilizado). Desta forma, a utilização de termos diferentes (direitos ou

---

<sup>6</sup> “Nós, os povos das nações unidas, resolvidos a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que por duas vezes, no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla”. (ONU, 1945).

exigências) para distinguir direitos já consagrados legalmente de meras pretensões protetivas, evita

a confusão entre uma exigência (mesmo que bem motivada) de proteção futura de um certo bem, por um lado e, por outro, a proteção efetiva desse bem que posso obter recorrendo a uma corte de justiça capaz de reparar o erro e, eventualmente, de punir o culpado.

Também desta forma entende o mesmo autor em relação aos tratados internacionais sobre os direitos humanos. Pondera que enquanto estas convenções não forem ratificadas pelos Estados, existindo somente no âmbito do sistema internacional, devem ser tratadas apenas como diretrizes orientadoras para uma concretização futura e incerta, não havendo qualquer garantia de que as mesmas sejam realizadas pelos Estados, ante a não ratificação por estes das exigências tidas como direitos (BOBBIO, 2004). Entretanto, não obstante a pertinente observação de Bobbio, há utilização do termo ‘direito’ pela literatura jurídica em ambos os casos, mesmo quando se quer referir a uma proteção futura, eis que não positivada.

Aliás, a respeito da incorporação pelo direito nacional dos tratados e convenções internacionais, consoante disposto na CRFB/1988, em seu artigo 5.º, parágrafo 2.º<sup>7</sup>, há que se observar a inexistência de norma constitucional que os recepcione automaticamente, havendo a necessidade de que os Poderes Executivo e Legislativo procedam a celebração do tratado, em que pese entendimentos contrários a esta necessidade quando estes tratados internacionais versarem sobre direitos humanos (BRASIL, 1988). Entretanto, enfatiza Sarlet (2012, p. 122) que em não havendo no ordenamento jurídico brasileiro referência à forma de recepção destes tratados, há, sim, necessidade de adesão formal pelo Estado por meio da ratificação, mesmo nos casos relativos a direitos humanos. Sustenta que

---

<sup>7</sup> § 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte (BRASIL, 1988).

Quando o constituinte, objetivando evidentemente coibir excessos por parte do Executivo no que tange à celebração de tratados internacionais, previu a necessidade de procedimento legislativo prévio para sua incorporação definitiva ao direito interno [...] torna-se no mínimo de difícil sustentação o ponto de vista segundo o qual, no concernente aos tratados internacionais sobre direitos humanos (fundamentais) bastaria meramente o aval do executivo.

Especificamente em relação a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada por meio de uma resolução, o que, em princípio, não vincula os Estados à adoção de suas normas, há que se ter uma interpretação razoável de sua eficácia no âmbito interno dos países, no sentido de adotá-las, haja vista ter sido inspiração para diversas Constituições quando das definições de seus direitos fundamentais (SARLET, 2012).

Neste diapasão, a busca por condições de vida digna, objetivo maior da Declaração de 1948, por meio do estabelecimento de direitos humanos e adoção de mecanismos de proteção internacional destes direitos, inaugura uma nova concepção conceitual representada pela universalidade e indivisibilidade. Desta forma, entende-se que a universalidade, como o próprio nome sugere, requer que os direitos humanos atinjam todos os povos em todas as nações, “considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, esta como valor intrínseco à condição humana” (PIOVESAN, 2009, p. 342).

Neste mesmo sentido, a noção de indivisibilidade trazida pelo Declaração de 1948 conduz ao entendimento de que os direitos humanos são indivisíveis porque são integrais. Os direitos sociais e políticos, que se constituem em uma categoria de direitos, são essenciais para o exercício dos direitos sociais, outra categoria de direitos. E assim acontece com outras categorias de direitos que devem permanecer indivisíveis e interdependentes (PIOVESAN, 2009).

A positivação dos direitos humanos na legislação interna de um determinado país torna-os fundamentais, consubstanciando-se em princípios constitucionais. A literatura jurídica costuma dividir estes direitos em gerações ou, como requer a melhor semântica, dimensões, já que uma geração de direitos não substitui a outra, mas a ela vem acrescentar, enumerando-as de acordo com a cronologia em que foram

conquistados e segundo a natureza dos mesmos (CAVALCANTE FILHO, 2010; SARLET, 2012).

Assim, tem-se os direitos fundamentais de primeira dimensão, que correspondem aos direitos individuais, também chamados negativos, pois protegem o cidadão contra eventuais abusos do Estado, podendo ser opostos à vontade estatal, guardando relação com as reivindicações da revolução francesa de 1789. Como exemplos desses direitos estão os direitos à vida, à propriedade e à liberdade de expressão (BONAVIDES, 2001; CAVALCANTE FILHO, 2010; SCHWARTZ, 2001). Embora grande parte da literatura jurídica se refira a esses direitos como negativos, Sarlet (2012, p. 285) entende que todos os direitos fundamentais

são, de certo modo, sempre direitos positivos, no sentido de que também os direitos de liberdade e os direitos de defesa em geral exigem – para sua realização – um conjunto de medidas positivas por parte do poder público que abrangem a alocação significativa de recursos materiais e humanos para sua proteção e implementação.

Considerados como de segunda dimensão estão os direitos sociais, econômicos e culturais, ao exigir do Estado uma prestação efetiva que torne real a igualdade formal então estabelecida ou, ao menos, reduza a desigualdade social, por meio de ações que disponibilizem serviços de saúde, educação, segurança. Afinal, a liberdade pressupõe a existência de condições para seu efetivo exercício. São, portanto, direitos positivos, que exigem do Estado a obrigação de prestar serviços; mas, não somente isso, nesta categoria também se inclui os direitos às liberdades sociais, especialmente aquelas atinentes aos direitos dos trabalhadores (BONAVIDES, 2001; CAVALCANTE FILHO, 2010; DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010; SARLET, 2012).

Tidos como de terceira dimensão, os direitos transindividuais tem origem pela revolução tecnocientífica, que ao mesmo passo em que trouxe grandes benefícios à coletividade, também impôs riscos a certos grupos, determinados ou não, consubstanciando-se nos direitos difusos e coletivos, podendo-se citar os direitos ao meio-ambiente equilibrado e ao consumidor como exemplos desta categoria. Embora tais direitos estejam positivados em normas legais, a maior parte deles não está reconhecido no texto constitucional, havendo, no entanto, grande número de tratados internacionais que regulam os chamados direitos difusos (BOBBIO,

2004; BONAVIDES, 2001; CAVALCANTE FILHO, 2010; SARLET, 2012).

Embora não se tenha consenso a respeito, já existe na literatura jurídica posicionamentos acerca de uma quarta dimensão de direitos. Paulo Bonavides (2001) defende que esta dimensão está relacionada com os direitos à participação democrática, ao pluralismo e à informação, uma vez que a democracia deve ser considerada como direito fundamental, já que representa o ponto mais alto dos direitos políticos (SARLET, 2012).

No entanto, para Bobbio (2004), os direitos de quarta dimensão estão relacionados aos direitos da engenharia genética, pesquisas biológicas que podem influenciar na manipulação genética dos indivíduos, e questiona quais os limites futuros (e se haverá tais limites) desta manipulação na vida das pessoas.

Os direitos virtuais estão sendo denominados direitos de quinta dimensão, como resultados de uma revolução tecnológica que eliminou fronteiras e dissemina informação em tempo real, possibilitando a integração de povos separados pela distância e o acesso a conhecimentos até então restritos a determinados lugares do globo (SCHWARTZ, 2001).

O direito à saúde é considerado pela maioria da literatura jurídica um direito de segunda dimensão, uma vez que se exige do Estado uma prestação positiva por meio da disponibilização de serviços e ações que promovam a saúde em seu sentido mais amplo. Entretanto, Schwartz (2001, p. 52-54) entende a saúde como um direito transdimensional, na medida em que transita em todas as dimensões. Considera a saúde de primeira dimensão pois “a saúde se conecta ao direito à vida [...] de o indivíduo ter livre acesso na procura dos serviços que melhor garantam sua saúde”. É, também, segundo o mesmo autor, um direito de segunda dimensão, ao exigir do Estado “prestações positivas no sentido de garantia/efetividade da saúde”. Pode ser entendida como um direito de terceira geração, uma vez que “inexiste determinação de seus titulares, e o bem jurídico (a saúde) é indivisível”, ou, ainda, de quarta dimensão, já que os direitos da biomedicina estão diretamente ligados à vida e a manutenção e recuperação da saúde. Por fim, entende ser também o direito à saúde de quinta dimensão, eis que

A qualidade de vida (um dos objetivos da saúde) pressupõe que o indivíduo possa ter acesso a todos os instrumentos que satisfaçam seu particular estado de bem-estar, no qual os computadores e a internet podem-devem atuar como um dos fatores

de maior contribuição nesse sentido (SCHWARTZ, 2001, p. 55).

Especificamente em relação à saúde, a Declaração Universal dos Direitos Humanos prevê, em seu artigo 25, que

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, p. 6).

Esta nova concepção da saúde, reflexo das mudanças no campo social, político e econômico, principalmente após a segunda guerra mundial, já havia sido incorporada por diversas legislações, sendo tardiamente incorporada ao texto constitucional brasileiro.

## 2.1 A POSITIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PELA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988

No Brasil, foi com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que pela vez primeira na história constitucional do país foram destacados princípios fundamentais<sup>8</sup>, logo em seu início, o que demonstra que

o constituinte deixou transparecer de forma clara e inequívoca a sua intenção de outorgar aos princípios fundamentais a qualidade de normas embasadoras e informativas de toda ordem constitucional, inclusive dos direitos fundamentais, que também integram aquilo que se pode denominar de núcleo essencial da Constituição material (SARLET, 2012, p. 96).

A Constituição Federal de 1988 Com a saúde não foi diferente. Pensar a saúde como um direito fundamental é algo relativamente novo,

---

<sup>8</sup> O art. 1º da CRFB/1988 destacou como fundamentos do Estado brasileiro, a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político (BRASIL, 1988).

trazido também pela Constituição Federal de 1988<sup>9</sup> (BRASIL, 1988), uma vez que os serviços de saúde nasceram vinculados à Previdência Social, como um seguro do trabalhador (ELIAS, 2010). O texto constitucional trouxe um novo conceito à saúde, retirando-lhe o mero caráter de cura de doenças, mas sim, considerando fatores determinantes e condicionantes na vida das pessoas e suas inter-relações com o ambiente em que estão inseridas, impondo ao Estado a formulação de políticas públicas que atendam às demandas sociais (REALI; SILVA, 2009; SANTOS, 2010; MELAMED, 2011).

A adjetivação à categoria jurídica de direito fundamental atribuída à saúde, advém de um processo histórico que objetivou a instituição de direitos do ser humano, contrariando uma lógica classista e, por consequência, excludente. Assim, não há como pensar em direito fundamental restrito a determinado grupo ou classe de pessoas, tendo, portanto, natureza universal; pensar diferente disso é contradizer o caráter de direito fundamental a que se atribui à saúde (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

A transformação conceitual e prática por que passou a saúde com as inovações trazidas pela CRFB/1988 podem ser sintetizadas nas palavras de Sônia Fleury (2009, p. 745), ao defender que

representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, **em busca da universalização da cidadania**. No modelo de seguridade social, buscase romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender

---

<sup>9</sup> CRFB/1988, art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 1).

universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (grifo nosso).

Nesse diapasão, a integração ao ordenamento jurídico de um país de determinado direito tido como direito humano, transforma-o em direito fundamental, na medida em que “ocorre um processo de fundamentalização dos direitos humanos, que passam da esfera da consciência ética coletiva para a da positivação normativa” (AITH, 2010, p. 197). Aliado a este reconhecimento formal pela legislação, o que no caso brasileiro está assegurado pela Constituição Federal, é preciso criar condições de efetividade aos direitos fundamentais, e especificamente ao direito à saúde, no sentido de que as ações e serviços públicos sejam realizados de fato, constituindo-se como garantia à concretização do próprio direito (AITH, 2011).

Considerando-se a saúde como um direito fundamental, a imposição atribuída ao Estado no dever de prestar serviços e realizar ações voltadas à saúde tem aplicação imediata, independentemente da existência de normas reguladoras de legislação posterior à Constituição, em obediência ao disposto no artigo 5.º, parágrafo 1.º, da CRFB/1988<sup>10</sup>, vinculando os Poderes Públicos e obrigando o Estado a conferir máxima eficácia, no sentido de fornecer a prestação de serviços da melhor maneira possível (RIOS, 2013). Neste sentido, o preceito constitucional estabelece ao Estado a obrigação de conceder aos direitos fundamentais a maior eficácia possível, sendo que “eventual recusa de sua aplicação, em virtude de ausência de ato concretizador, deverá (por ser excepcional) ser necessariamente fundamentada e justificada.” (SARLET, 2012, p. 271).

O reconhecimento formal do direito à saúde como direito fundamental se deu, inicialmente, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, no sentido de proteger os direitos humanos, desrespeitados na recém-terminada segunda guerra mundial, seguido pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Declaração Universal de Direitos Humanos e pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1946, 1948 e 1966, respectivamente (AITH, 2011).

Tem-se, desta forma, no entendimento de Schwartz (2001, p. 35), a constituição da OMS como “o marco teórico-referencial do conceito de

---

<sup>10</sup> CRFB/1988, art. 5.º, § 1º “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (BRASIL, 1988).

saúde”, uma vez que em seu preâmbulo<sup>11</sup> amplia o conceito até então vigente, de mera cura de doenças.

A OMS, portanto, em seu conceito, alargou o conceito de saúde, que anteriormente estava resignado aos aspectos curativos e preventivos. Adentra na chamada promoção da saúde ao propor que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também um completo bem-estar, seja físico, mental ou social (SCHWARTZ, 2001, p. 35).

No Brasil, como dito anteriormente, foi a CRFB/1988 que formalizou esta adjetivação de direito fundamental à saúde, proporcionando que o Direito Sanitário se consolidasse como ramo especializado de direito no país e a partir dele fossem criadas diversas normas jurídicas protetivas do direito à saúde, que ensejam um conhecimento específico “... tanto do ponto de vista da própria produção normativa, quanto do ponto de vista dos princípios informadores, das técnicas de interpretação de normas jurídicas e dos mecanismos de decisão estatal sobre saúde” (AITH, 2011, p. 29).

Entretanto, já em 1986, o relatório final da 8.<sup>a</sup> CNS tratou de ampliar o conceito do direito à saúde para muito além da cura de doenças, destacando ações governamentais de setores distintos, que envolvem políticas públicas diversas, em uma clara demonstração de que o pleno exercício do direito à saúde implica dimensões que extrapolam ações específicas do setor da saúde (MATTOS, 2005).

No tópico relacionado ao direito à saúde, o relatório final da CNS sustenta que

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p. 4).

---

<sup>11</sup> O preâmbulo da Constituição da OMS prevê, dentre outros princípios, que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (OMS, 1946).

Neste contexto de condução do direito humano à saúde à condição de direito fundamental, a criação de um sistema único de saúde, conforme preceito constitucional inserto no artigo 198 da CRFB/1988<sup>12</sup>, é resultado de um considerado avanço democrático e de articulações setoriais que possibilitaram garantir a toda e qualquer pessoa o direito à saúde, atribuindo ao Estado o dever de dar efetividade às ações e serviços públicos, de forma universal e integral (VIEIRA; VIEIRA; DA SILVA, 2013).

Assim, a partir desta positivação, houve um significativo avanço na legislação infraconstitucional no sentido de proteger a saúde, o que proporcionou uma considerável ampliação do direito sanitário brasileiro, com a edição das Leis da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), de diversos códigos sanitários nas três esferas de poder, da criação de agências nacionais de vigilância sanitária, dentre outras que visam dar efetividade à proteção, promoção e recuperação da saúde, conforme mandamento constitucional (ROMERO; DELDUQUE, 2011).

## 2.2 O ESTADO SOCIAL COMO GARANTIA À CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Para que se compreenda a função social do Estado, é necessário conhecer os modelos estatais do período moderno, suas ideologias e funções. A concepção de Estado moderno começou a germinar o medieval tardio. Em seu modelo absolutista, foi marcado pela centralização de poder nas mãos de um monarca, pela distinção entre o público e o privado e criação de organismos estruturais para o funcionamento administrativo, tendo Maquiavel (1469 - 1527) e Hobbes (1588 - 1679) como seus principais teóricos (VIEIRA, 2013). Reconhece-se, no entanto,

que não existe uma data que possa ser aferida como o momento de passagem do feudalismo para o capitalismo e o Estado Moderno em sua primeira fase: a absolutista. O modelo feudal e o capitalismo coexistiram em vários Estados, conjuntamente (VIEIRA, 2013, p. 75).

---

<sup>12</sup> CRFB/1988, art. 198. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, [...]” (BRASIL, 1988, p. 1).

Tal qual na antiguidade, hodiernamente não existe consenso sobre a função do Estado, embora, naquela época, a instituição ‘Estado’ não apresente o sentido que hoje a ele é atribuído. Por isso, sua concepção na contemporaneidade pode ser definida de maneiras distintas, de acordo com a ideologia a que determinados grupos se filiam. Pode-se encontrar desde quem defenda uma atuação estatal mínima, seja nos aspectos econômicos e sociais, filiando-se as ideias de Adam Smith (1986); até quem proponha uma participação intensa na economia e nos meios de produção, ideário de John Keynes (2002).

Nesta seara, registra-se que os países atualmente desenvolvidos defendem uma presença mínima do Estado nos países em desenvolvimento. Muitos deles que tiveram seu desenvolvimento sustentado pelo capital estatal, agora defendem um afastamento do Estado nas economias emergentes, alegando que somente o mercado deve regular as relações comerciais. Ainda, estes mesmos países utilizaram-se de políticas industriais de proteção às empresas nacionais e patrocinaram subsídios às exportações (CHANG, 2004). Aliás, Smith (1988) relata que na Grã-Bretanha do século XVIII era frequente a solicitação de subsídios para a exportação, os quais, às vezes, eram concedidos, possibilitando que os comerciantes ingleses pudessem vender seus produtos por preços inferiores aos praticados pelos concorrentes no exterior.

Neste mesmo sentido, Mazzucato (2014) sustenta que os defensores de um Estado mínimo argumentam que atividade estatal deve se concentrar em questões básicas, como a educação, deixando para a iniciativa privada todo o resto, mas constantemente recorrem ao Estado reivindicando benefícios fiscais para seus empreendimentos. Sustenta, ainda, a mesma autora, que em determinados segmentos as empresas privadas não têm interesse em investir, como em pesquisas básicas, que são extremamente necessárias, de interesses universais, porém não lucrativas, cabendo ao Estado esta tarefa. Mas o papel do Estado não se resume ao desenvolvimento de novas tecnologias e ao financiamento de indústrias, mas também a empreender em nome próprio, embora muitos defendam que somente onde a iniciativa privada não atua, ou não quer atuar, cabe ao Estado suprir a falta (MAZZUCATO, 2014).

Estas manifestações tentam incutir a ideia de que uma economia desvinculada da influência estatal sempre terá maior êxito que uma economia onde o Estado é intervencionista, tentando estabelecer paradigmas universais de sucesso ou fracasso, como outrora, com base em relatos empíricos de países bem sucedidos, sem levar em consideração aspectos individuais das economias locais, trazendo o conceito de que os

fracassos do Estado são comuns, enquanto que os fracassos do mercado são raros (HOBSBAWM, 1995; CHANG, 2004).

A partir de meados do século XX, mais precisamente após a segunda guerra mundial, consolidou-se o modelo de Estado Social, presente em países das mais variadas concepções políticas, em uma tentativa de reduzir as desigualdades sociais, estabelecendo uma prevalência do público sobre o privado (BONAVIDES, 2001). Neste sentido,

Com o agravamento das desigualdades sociais, do inchamento populacional das cidades, da intervenção mínima do Estado Liberal, da ausência de proteção à contratação trabalhista, [...] tem-se a necessidade de ampliação da máquina do Estado, com a inclusão de novas políticas e o reconhecimento de direitos almejados pela classe operária (VIEIRA, 2013, p. 118).

O Brasil, embora tardiamente, seguindo esta tendência mundial, inseriu os pressupostos deste modelo na Carta Magna, preconizando a garantia de direitos individuais e coletivos, consagrados nos artigos 5.º e 6.º da CRFB/1988, tais como saúde, educação, moradia, alimentação, trabalho, lazer, segurança (BRASIL, 1988), proporcionando (ou devendo proporcionar), bem-estar social a todos os habitantes, de maneira universal, consubstanciando-se em direitos fundamentais. Entretanto, a efetivação de tais direitos carece de mecanismos eficazes, que, de fato, concretizem a prestação de serviços públicos à coletividade. Assim, é preciso que o Estado desenvolva formas de garantir a concretização dos direitos fundamentais (NOGUEIRA; ADOLFO, 2013).

Houve, portanto, a partir da CRFB/1988, alterações significativas na relação entre o Estado e a sociedade, principalmente com a ampliação do conceito de cidadania e do seu real exercício. Aliás, a respeito do conceito de cidadania, é importante lembrar que

A expressão cidadania traduz um significado que não é único. Seu sentido depende da abordagem teórica e do momento histórico no qual o que se entende por cidadania foi proposto e aplicado concretamente. [...] o conceito de cidadania construído na modernidade diverge daquele reconhecido e aplicado nas sociedades que desconhecem a instituição denominada Estado.

[...] Dessa forma, pensar a cidadania em um paradigma que reflita a inclusão do outro, passa por uma nova leitura das instituições antigas aliada aos elementos civilizatórios da modernidade, na perspectiva da construção de uma cidadania pós-moderna participativa, que resgate o espaço político da sociedade (VIEIRA, 2013, p. 41-43).

Desta forma, nas relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade, especificamente em relação à saúde,

Quando observamos a experiência brasileira na construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde – o SUS – no Estado brasileiro, podemos identificar um processo de ampliação e multiplicação de sujeitos, identidades e interesses, que conformam um novo patamar na relação entre Estado e sociedade, cujas transformações se dão, muitas vezes, na capilaridade do nível das relações cotidianas institucionais (PINHEIRO et al., 2005, p. 17).

Argumentos contrários a esta nova relação estabelecida entre o Estado e a sociedade, sugerem um redimensionamento da atuação estatal nas políticas de saúde, na defesa de que o Estado faça intervenções pontuais, direcionadas a determinados grupos que não possuem condições de arcar com os serviços oferecidos pelo mercado. Percebe-se, portanto, a defesa de ações focalizadas e seletivas como forma de atuação estatal em relação aos serviços públicos de saúde. “Este foi, a partir de 1980, o receituário emitido pelo Fundo Monetário Internacional para orientar os países emergentes na condução de suas políticas econômicas” (LIMA; GERSCHAMN; EDLER, 2005, p. 17).

Atualmente, com a economia brasileira em recessão e a escassez de recursos públicos, não é raro ouvir na mídia inflamados discursos contrários aos princípios constitucionais de universalidade e integralidade em relação ao direito à saúde, sob alegação de que o país deve priorizar atendimento aos que mais necessitam, já que não há dinheiro suficiente para custear todo o sistema como prevê a legislação e, por isso, os serviços de saúde são prestados de maneira insatisfatória.

Ora, embora a forma precária que muitos serviços públicos (inclusive de saúde) são prestados à coletividade revele que a positivação de extenso rol de direitos sociais pela Constituição brasileira de 1988 não

garantiu, por si só, a prestação dos mesmos, uma vez que o país, recém redemocratizado, não possuía estrutura para efetivá-los da forma preconizada pelo texto constitucional, não se pode negar a efetivação destes direitos sob o argumento de que foram criados ante a redemocratização do país, sob pena de tornar-se sem efeito o Estado Social e Democrático de Direito, preconizado no artigo 1.º da CRFB/1988 (CERVI, 2013).

Aliás, a não efetivação imediata do direito a saúde tal qual previsto na CRFB/1988, já havia sido sinalizada no relatório final da 8.ª CNS, em 1986, o qual alertou para o fato de que

esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (CNS, 1986, p. 4).

Neste sentido, o fundamento em se positivar os direitos humanos, principalmente no pós-guerra, em contraposição a um período anterior, de negação de direitos e inoperância estatal, foi consolidado em grande parte do mundo, pela maioria dos governos, sendo positivado nos governos locais e em organismos internacionais.

Não se nega, todavia, as dificuldades, especialmente financeiras, hoje enfrentadas para a concretização das garantias preconizadas no Estado Social, tanto que parte dos políticos e economistas insistem em uma reorganização do Estado em relação as suas políticas de financiamento da despesa pública. O grande desafio é manter as políticas de inclusão social em uma realidade de escassos recursos financeiros (CANOTILHO, 2008; PIOLA, 2013).

A concorrência internacional faz com que as empresas privadas busquem cada vez mais reduzir custos e maximizar lucros. Para alcançar este objetivo deslocam-se pelo globo em busca de incentivos governamentais que lhes concedam, entre outros, infraestrutura adequada e benefícios fiscais. No intuito de atrair estas empresas, o Estado opta por gastar o dinheiro público em investimentos para atender a estes interesses em detrimento das políticas públicas de efetivação de direitos sociais. “Em quase todos os países, assiste-se à substituição de serviços públicos

por empresas de interesse económico geral, muitas delas privatizadas.” (CANOTILHO, 2008, p. 256).

A discussão acerca das limitações financeiras à consecução dos serviços públicos, e especialmente ao direito à saúde, conduz à reflexão sobre o que se chama ‘reserva do possível’, onde a prestação dos serviços encontra limite nos recursos disponíveis, já que o Estado não dispõe de recursos ilimitados para cumprir suas obrigações. Sarlet (2012, p. 288) apresenta as dimensões da reserva do possível como sendo:

- a) A efetiva disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais;
- b) A disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas, entre outras, e que, além disso, reclama equacionamento, notadamente, no caso do Brasil, no contexto do nosso sistema constitucional federativo;
- c) Já na perspectiva (também) do eventual titular de um direito a prestações sociais, a reserva do possível envolve o problema da proporcionalidade da prestação, em especial no tocante à sua exigibilidade e, nesta quadra, também da sua razoabilidade.

O autor pondera que a reserva do possível na prestação de serviços públicos em um Estado democrático, não pode se constituir em barreira intransponível para a efetivação de direitos, havendo “uma nítida tendência no sentido negar-se pura e simplesmente aos direitos sociais sua eficácia e efetividade.” Mas não se pode negar “a dependência, da realização dos direitos sociais prestacionais, da conjuntura socioeconômica ...”, cabendo ao princípio da dignidade da pessoa humana estabelecer o limite entre a reserva do possível e o mínimo necessário para a existência de uma vida digna (SARLET, 2012, p. 354).

### 2.3 O DIREITO À SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Ao analisar-se a dimensão histórica do direito à saúde nas Constituições Nacionais, procura-se evidenciar o caminho adotado pelo Estado brasileiro em relação à temática em todas as fases políticas vividas a partir da independência do Brasil, em 1822, enfocando-se as mudanças

na condução da política sanitária nacional face às alterações conceituais do direito à saúde, até sua constitucionalização como direito fundamental pela CRFB/1988.

Embora a história da saúde no Brasil possa ser contada a partir da chegada dos portugueses, não se abordará neste momento o tema no período colonial. Registra-se apenas que em mais de três séculos de domínio português não houve qualquer preocupação com a saúde pública, assim como com outros direitos, já que o domínio político e econômico, fruto de uma colonização exploratória e escravocrata, era exercido pela corte portuguesa, distante dos anseios populares (VIEIRA, 2013).

### **2.3.1 O Direito à saúde nas Constituições Brasileiras antes de 1988**

Após quase dois anos da proclamação da independência do Brasil do Reino português, foi outorgada a Constituição Imperial, em 25 de março de 1824, por Dom Pedro I, cujo teor apresentava forte herança absolutista e conteúdo extremamente liberal, embora sinalizasse alguns direitos que somente no século seguinte seriam implementados, por meio de algumas disposições de caráter assistencialista. Em momento algum tratou sobre o direito à saúde, limitando-se a garantir socorros públicos<sup>13</sup>. Para a época, nada mais natural do que a ausência do Estado na questão da saúde, principalmente em um Estado recém-independente e em formação, mas havia, ao menos, um aceno a futuros direitos sociais (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010; SCHWARTZ, 2001; VIEIRA, 2013).

Com a proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, findava o período imperial brasileiro, que durante sessenta e sete anos não conseguiu organizar a saúde brasileira, que continuava assolada com epidemias e doenças tropicais, restringindo a atuação estatal organizada à capital do Império, relegando as outras regiões a ações isoladas “sem interação com a estrutura nacional” (VIEIRA, 2013, p. 286).

Na primeira Constituição da República, promulgada em 24 de fevereiro de 1891, também não havia qualquer referência à saúde como um direito da população. O texto constitucional da recém-proclamada República, em seu artigo 72, no que concerne ao reconhecimento de direitos, limitou-se a consagrar a segurança individual, a liberdade e a propriedade, como direitos invioláveis dos brasileiros e estrangeiros

---

<sup>13</sup> O Inciso XXXI do artigo 179 da Constituição de 1824 garantia “socorros publicos”, mas nada mencionava sobre a forma de como esta garantia seria efetivada (BRASIL, 1824).

residentes no país, havendo um retrocesso à abertura social sinalizada na Constituição do Império (BRASIL, 1891; DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Destaca-se nessa Constituição de 1891 a autonomia dada aos Municípios em relação a assuntos de interesses dos mesmos, conforme expressamente destacado no artigo 68, obrigando os Estados a organizarem-se de “forma que fique assegurada a autonomia dos Municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse”, atribuindo várias ações de saúde à competência municipal (BRASIL, 1891, p. 1; DALLARI, 2013).

A saúde como questão social surge, no Brasil, durante a expansão da produção cafeeira, base da economia nacional, já com a utilização do trabalho assalariado como mão-de-obra, a partir do ano de 1900, e melhores condições sanitárias eram necessárias para atrair trabalhadores, nacionais e estrangeiros, para as lavouras de café, haja vista que o trabalho não escravo havia modificado as relações de trabalho (MARTINS, 2008; VIEIRA, 2013).

Com o final da República Velha (1889-1930) e a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, pondo fim à tradicional política do ‘café com leite’, o país reclamava por um ambiente mais democrático. Assim, como consequência da Revolução constitucionalista de 1932, foi promulgada uma nova Constituição, dando à saúde “um tratamento digno dessa preocupação democrática”. (DALLARI, 2013, p. 30).

Neste contexto, a Constituição de 1934 trouxe importantes avanços. Atribuía o dever de cuidar da saúde à União e aos Estados, introduzindo a competência concorrente, conforme prescrevia o artigo 10, inciso II, além de inovar ao prever, em seu artigo 141, a vinculação de 1% da receita tributária de todos os entes políticos às ações de amparo à maternidade e à infância (BRASIL, 1934).

Entretanto, a saúde não estava elencada com um direito à população. O artigo 113 dessa Constituição apenas acrescentou o direito à subsistência aos já estabelecidos direitos à propriedade, liberdade e segurança, previstos na Constituição anterior, além de prever assistência sanitária aos trabalhadores e gestantes. Desta forma, a partir da Constituição de 1934, a saúde “passa à condição de direito subjetivo do trabalhador no âmbito do seguro social fomentado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões” (MARTINS, 2008, p. 42).

Com a ruptura do período democrático, em 10 de novembro de 1937 foi outorgada uma nova Constituição, sob o argumento, dentre outros, constante em seu preâmbulo, de uma iminente guerra civil. Em seu artigo 16, inciso XXVII, atribui-se à União a prerrogativa de legislar

sobre saúde, concedendo aos Estados atribuição subsidiária quando concedida por lei federal. Da mesma forma que as anteriores, a Constituição de 1937 não tratou a saúde como um direito, tendo-se, inclusive, em 1942, por decreto<sup>14</sup>, suprimido a assistência médica e higiênica ao trabalhador e gestante, prevista originariamente no artigo 137, alínea “1”, dessa Constituição (BRASIL, 1937).

Com a redemocratização do país, em 1946, foi promulgada uma nova Constituição, em 18 de setembro daquele ano. Nela, manteve-se a competência da União para legislar sobre saúde e reintroduziu-se no artigo 157, inciso XIV, a “assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante” como preceito para melhoria das condições dos trabalhadores (BRASIL, 1946, p. 1). Observa-se que o direito então concedido, embora não com esta denominação, manteve-se restrito à determinada categoria, qual seja, a dos trabalhadores, organizados de acordo com a atividade econômica exercida, o que deixava uma grande parte da população sujeita à caridade em hospitais filantrópicos, atendidos como indigentes (VIEIRA, 2013).

Importante salientar que em 1953, no segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954), foi criado o Ministério da Saúde<sup>15</sup>, por meio da Lei 1.920, de 25 de julho de 1953 (BRASIL, 1953), no entanto,

a condição dos serviços para ela e a cobertura não conseguiam responder às necessidades da população. Tal situação era agravada pelo clientelismo político, pelo volume irrisório das verbas destinadas a essa área e por dificuldades operacionais que impediam o Ministério da Saúde de tomar medidas eficazes na resolução dos problemas existentes (VIEIRA, 2013, p. 300).

Na Constituição de 1967, embora promulgada (ao menos formalmente) sob regime de exceção, aparece pela vez primeira o termo ‘direito’ associado à saúde. No artigo 158, inciso XV, é assegurada a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores,

---

<sup>14</sup> O Decreto 10.358, de 10 de agosto de 1942, declarou o estado de guerra em todo território nacional, revogando artigos da Constituição então vigente (BRASIL, 1942).

<sup>15</sup> De acordo com o artigo 1.º da Lei 1.920/53, ao Ministério da Saúde caberia a resolução dos problemas relativos à saúde humana (BRASIL, 1953).

constituindo-se como um direito que visa melhorar sua condição social (BRASIL, 1967). Mais uma vez, percebe-se o direito à saúde vinculado à uma atividade laborativa, ou seja, destinado apenas àqueles que contribuem para o sistema previdenciário.

Dallari (2013) observa que as Constituições brasileiras até 1988, embora não dessem aos Municípios autonomia de gestão, atribuíam a eles a organização dos serviços públicos locais, neles incluídos os de saúde. Assim, em maior ou menor grau, os Municípios sempre tiveram uma participação importante na efetivação das ações de saúde, mesmo nos momentos em que a democracia foi afastada.

A eleição indireta para a presidência da República, em 1985, embora contrariasse os anseios da maioria da população, que desejava escolher seu representante ao mais alto cargo da República, marcou a volta de um presidente civil no comando do país após mais de 20 anos de ditadura militar. A esperança de um país mais democrático, que reconhecesse os direitos de seu povo, foi consolidada com a promulgação da atual Constituição brasileira, em 05 de outubro de 1988.

Em relação à saúde, a CRFB/1988 introduziu importantes alterações à legislação nacional, erigindo o direito à saúde à condição de direito fundamental, consagrando princípios de universalidade e integralidade por meio de um sistema único de saúde, envolvendo União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1988). O direito à saúde na CRFB/1988 será objeto de tópico específico, a seguir.

### **2.3.2 O novo conceito de saúde trazido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**

Foi na Constituição Federal de 1988 que a saúde aparece como um direito fundamental, desvinculado do seguro social e de qualquer outro modelo de previdência, como até então funcionava, com atendimento apenas aos segurados trabalhadores, condenando os demais à caridade e à indigência, dando início a uma nova concepção à saúde pública, a de seguridade social, com atendimento universal e participação democrática (VIEIRA, 2013). Assim, o direito à saúde foi consagrado no artigo 6.º da CRFB/1988<sup>16</sup>, no capítulo dos direitos sociais, constituindo-se como um direito fundamental.

---

<sup>16</sup> CRFB/1988, art. 6.º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a

Reconhece-se o avanço trazido pela CRFB/1988 acerca do direito sanitário, embora, conforme sustenta Schwartz (2001, p. 48), “resta cristalino o atraso constitucional brasileiro no que tange à colocação do direito à saúde como princípio constitucional e elemento de cidadania dos brasileiros”, uma vez que a partir de 1948, com a Constituição italiana, tutelando a saúde como direito fundamental, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que elencou a saúde como elemento da cidadania, várias Constituições, há muito, já haviam positivado o direito à saúde como intrínseco à dignidade humana (SCHWARTZ, 2001).

Registra-se que embora a legislação brasileira assegure a execução de políticas econômico-sociais, por parte do Estado, que reduzam o risco de doenças e outros agravos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990-A), não incorporou, nem na CRFB/1988, nem na Lei 8.080/1990, as condições para o pleno exercício do direito à saúde, tal qual constam no relatório da 8ª CNS, ficando, quiçá, subentendidas.

Deste conceito ampliado de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (CNS, 1986, p. 4-5).

Assim, o direito à saúde plena está correlacionado com diversos outros direitos fundamentais expressos na Constituição brasileira, o que leva ao entendimento de que a inobservância de qualquer deles

---

proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

compromete a eficácia do que o Estado se obriga a realizar. Obviamente que a aplicação desta correlação de direitos não acontece simplesmente pelo fato de haver previsão legislativa, sendo necessário a adoção de medidas que garantam a aplicabilidade e a eficiência do sistema.

Desta forma, a partir da constatação de que a CRFB/1988 consagrou a saúde como um direito fundamental, o passo seguinte foi buscar garantias de concretização deste direito, no sentido de orientar a sociedade e o Estado, por meio de normas legais e infralegais, para a adoção de comportamentos que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Estas ações nascem de comportamentos individuais em relação à própria saúde, com a adoção de práticas de vida saudáveis, passando por ações individuais de interesse coletivo, na busca pela eliminação de riscos à saúde, até comportamentos coletivos, que se constituem em deveres da sociedade para a garantia da saúde enquanto direito de todos. Assim, estas normas impõem obrigações tanto ao Estado, quanto aos indivíduos e à sociedade (AITH, 2011).

Isto demonstra que os direitos fundamentais, em especial os direitos sociais, econômicos e culturais, estão diretamente relacionados à política ou economia, o que pode criar dificuldades para sua concretização, especialmente no caso brasileiro, onde, por exemplo, a CRFB/1988 estabeleceu um sistema de saúde universal e gratuito, mas que depende de políticas públicas sociais para sua efetivação (CANOTILHO, 2008).

Constituindo-se em direitos fundamentais, os direitos sociais encontram guarida no artigo 60, parágrafo 4.º, inciso IV, da CRFB/1988, que estabelece cláusulas pétreas<sup>17</sup>, sendo, portanto, o direito à saúde, consubstanciado em seus princípios e diretrizes, considerado como tal. Além disso, o acesso à saúde é garantido de maneira universal (artigo 194, I, CRFB/1988), e com atendimento integral (artigo 198, II, CRFB/1988). Tais pressupostos trouxeram algumas discussões acerca da real universalidade do sistema.

Maria Lúcia Werne Vianna (2011, p. 15), em uma análise sobre o universalismo *versus* focalização, argumenta que, embora constitucionalmente o SUS tenha sido concebido como um sistema universal, na prática é focalizado, sustentando que

---

<sup>17</sup> Cláusula pétrea, de acordo com artigo 60, § 4º, IV, da CRFB/1988, é a impossibilidade de emenda constitucional que tenha por objeto abolir direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988).

pouco a pouco ganha foros de unanimidade a noção de que política social é, por excelência, algum tipo de ação voltada para os excluídos (os pobres) e, por definição, focalizada. [...] Por desânimo de uns e arrogância de outros, as discussões esmoeceram, permanecendo restritas ora à fria refutação de dados empíricos, ora a uma morna queda de braço entre opiniões diferentes, todas prisioneiras da indefectível referência às práticas correntes no país.

Percebe-se, então, a existência de uma legislação inovadora, com universalidade de acesso, integralidade de assistência e igualdade da assistência, princípios que regulam o SUS e estão constitucionalmente assegurados, mas não estão, ainda, concretizados. (BRASIL, 2008a). Cabe, portanto, uma reflexão sobre os motivos pelos quais a efetivação destes direitos não se deu de forma plena, ampliando o debate para além da questão financeira, alcançando, também, os usuários do sistema.

Enquanto as classes mais abastadas continuarem negando os princípios da universalidade e integralidade, buscando atendimento na rede privada de saúde, o sistema continuará a ser utilizado pelas classes menos favorecidas, portanto, focalizado, o que se entende como entrave para o desenvolvimento e aprimoramento do sistema, já que a mobilização destas classes tende a ser menor e, conseqüentemente, os resultados menos efetivos (SCHMIDT, 2015).

## 2.4 O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO

Positivado com direito fundamental na CRFB/1988, o direito à saúde precisava (e ainda precisa) de mecanismos que tornem efetiva a prestação dos serviços pelo Estado. Para isso, há a necessidade da adoção de uma política pública que atenda as reais necessidades da população brasileira, uma vez ser inadequado importar modelos de países que apresentam uma realidade diversa daquela que aqui se vivencia (RODRIGUES; PILATI; VIEIRA, 2015).

As políticas públicas a serem implementadas pelas esferas de governo estão situadas em diversos campos, embora seja comum a utilização do termo política social como sinônimo de política pública. A distinção entre elas reside no fato de que a primeira (política pública) é gênero da segunda (política social), que juntamente com a política macroeconômica constituem-se em espécies. Desta forma, as ações de saúde são entendidas como políticas sociais, que por sua vez estão inseridas nas políticas públicas (RODRIGUES; PILATI; VIEIRA, 2015).

Dentre os vários conceitos atribuídos à política pública, pode-se sintetizá-lo como sendo

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26)

Na prática, a implementação de políticas públicas deve ter o objetivo de tornar efetivo os planos políticos dos governos por meio de ações ordenadas que tragam benefícios à sociedade. Para a consecução deste objetivo, no sentido de que os benefícios sejam concretamente sentidos pela coletividade, a política pública deve obedecer algumas etapas. Primeiramente é necessário diagnosticar o problema para então debater as formas de resolvê-lo, incluindo-o na agenda política do gestor público e, posteriormente, executar as ações formuladas e acompanhá-las, possibilitando uma constante avaliação (RODRIGUES; PILATI; VIEIRA, 2015).

Uma outra questão que se traz à baila, sem, entretanto, ter-se a pretensão de aprofundar o tema, diz respeito a abordagem dada às políticas públicas. Enquanto a abordagem estatista entende que as políticas públicas são exclusivas do Estado, cabendo a ele sua formulação e execução, a abordagem multicêntrica leva em consideração os destinatários das ações e não quem as formula, que pode ser da iniciativa privada, organizações não governamentais, entre outras, constituindo-se em política privada de interesse público (LIMA, 2012).

Historicamente, no Brasil, as políticas públicas em saúde sempre seguiram a tendência da política econômica e social, não havendo priorização nesta área, apenas intervenções pontuais por parte do Estado quando da existência de epidemias que pudessem, de alguma forma, afetar o modelo econômico adotado (AGUIAR, 2011).

Conforme tratado em seções anteriores, a promulgação da CRFB/1988 trouxe profundas alterações na concepção do direito à saúde, deixando de ser um direito restrito às classes organizadas de trabalhadores, vinculadas à previdência social, para tornar-se um direito fundamental, tido como de segunda dimensão<sup>18</sup>, cabendo ao Estado o dever de implementar políticas sociais e econômicas capazes de dar efetividade à norma constitucional. É esta a leitura que se faz do artigo 196 da CRFB/1988 e, portanto, na área de saúde, tem-se uma abordagem estatista das políticas públicas.

No sentido de regular o texto constitucional, mormente em relação a um sistema único, organizado em cada esfera de governo (CRFB/1988, artigo 198, I), foi sancionada a Lei 8.080/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a, p. 1). Esta lei pode ser considerada um marco histórico em relação ao direito à saúde no Brasil, uma vez que rompe definitivamente com o modelo anterior, baseado no atendimento àqueles que contribuam para um sistema de seguro social.

Pois bem, diante do dispositivo constitucional, a Lei 8.080/1990 veio regular a prestação de serviços públicos em saúde, até então a cargo do Ministério da Saúde, nas ações coletivas, geralmente de prevenção, e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

---

<sup>18</sup> Os direitos fundamentais de segunda dimensão, de acordo com Dallari e Nunes Junior (2010, p. 46), “podem ser traduzidos como aqueles que, na órbita de proteção do ser humano, irradiam a noção de igualdade. Sua feição deita raízes no objetivo de conceder alforrias sociais ao ser humano, preservando-o das vicissitudes do modelo econômico e da segregação social”.

(INAMPS), na prestação de serviços aos segurados pelo regime de previdência social, como contraprestação pela contribuição previdenciária realizada, embora, em um sinal que apontava para uma transição para o sistema universal, já havia repasses financeiros do INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para atendimentos a quem não contribuía ao sistema de previdência (MELAMED, 2011).

Com a criação do SUS pela CRFB/1988 e a posterior edição da Lei 8.080/1990, o atendimento à saúde no Brasil adotou uma nova concepção, a de seguridade social, com princípios informadores expressos no artigo 7.<sup>o</sup><sup>19</sup> da citada Lei, dentre os quais se destacam a universalidade, a gratuidade e a integralidade (BRASIL, 1990a).

A adoção pela Constituição nacional de um modelo que garante a democratização da saúde, surgiu de um longo processo de discussões em torno do direito sanitário, principalmente a partir de 1976, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que culminou com o movimento sanitário, formado por profissionais da saúde e de outras áreas que, influenciados por outros modelos de serviços de saúde

---

<sup>19</sup> Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

implementados isoladamente, procuraram junto ao Congresso Nacional ampliar as discussões para além do modelo existente. Estas ações levaram à realização do 1.º Simpósio Nacional de Política da Saúde, em 1979, promovido pela comissão da saúde da Câmara Federal, que culminou com o debate sobre a democracia na área da saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Assim, percebe-se que a concepção de um sistema único de saúde passou por um longo processo gestacional, sendo considerado tardio, uma vez que quando de sua implementação,

já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, (...) e, aqui, no campo da saúde, firmava-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde (CAMPOS, 2006, p. 419).

Por isso, lutar por uma política inclusiva e democrática no campo da saúde, implicava remar em sentido contrário a argumentos de ineficiência de um sistema único universal, comprovada nos países que o adotaram anteriormente. Era este o discurso liberal hegemônico que pregava a focalização dos programas sociais e a delegação dos atendimentos ao setor privado, exatamente o oposto do que se pretendia com o SUS (CAMPOS, 2006).

Estas contradições revelam que as políticas de saúde adotadas pelo Estado expressam a concepção por ele adotada em determinada conjuntura, podendo intervir com maior ou menor intensidade na organização e prestação dos serviços à sociedade (PAIM, 2002).

Ainda hoje, não obstante aos esforços para tornar o SUS um sistema verdadeiramente eficaz, não são raras as manifestações de inexequibilidade de seus pressupostos, sob alegação de que “nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina”.<sup>20</sup>

No entanto, é preciso que se estabeleçam políticas de financiamento e controle do SUS como formas de torná-lo eficiente, afinal

---

<sup>20</sup> A frase foi dita pelo Ministro da saúde, Ricardo Barros, em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo de 16/05/2016 (COLLUCCI, 2016).

a inscrição na Constituição do direito à saúde significa a culminância de um processo de lutas e conquistas do movimento pela democratização da saúde com sucesso inquestionável, que, entretanto, coloca o desafio da sua própria superação não apenas pela sua via de desenvolvimento técnico, mas também pela sua capacidade de rearticular-se politicamente e contribuir ideologicamente para o aprofundamento da democracia como condição essencial de apropriação dos conhecimentos e instrumentos necessários à luta contra-hegemônica das classes hegemônicas (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O direito à saúde não pode ser flexibilizado sob o argumento de restrições econômicas à execução dos programas, ficando limitado aos recursos orçamentários previstos pelo legislador. Os princípios informadores de atendimento universal e integral não podem ser suscetíveis a discricionariedade de quem quer que seja, ampliando-se ou reduzindo-se seu poder de alcance; o que poderá acontecer é uma limitação na prestação de serviços que frustrate os usuários do sistema, mas jamais uma limitação de direitos (WEICHERT, 2010).

Não é admissível a frustração de direitos fundamentais mediante o subterfúgio da inviabilidade econômica, especialmente enquanto os governos e demais instituições públicas não cumprirem exaustivamente com suas responsabilidades mínimas de probidade, boa governança e igualdade material na distribuição dos encargos e serviços do Estado (WICHERT, 2010, p. 135).

O funcionamento do SUS deve, portanto, observar as determinações contidas no texto constitucional, o qual estabelece princípios, diretrizes e atribuições que não admitem mitigação de serviços ante a ausência de recursos financeiros para seu custeio.

#### **2.4.1 Diretrizes, princípios, objetivos e atribuições do SUS**

O funcionamento do SUS, bem como sua estruturação, são ordenados por diretrizes e princípios estabelecidos tanto pela CRFB/1988

quanto pela Lei 8.080/1990. Antes de serem constitucionalmente estabelecidos, estes princípios foram objeto de profundas discussões na 8.<sup>a</sup> CNS, em 1986, quando o sistema de saúde brasileiro passou por uma transformação conceitual profunda.

Embora existam divergências acerca da utilização dos termos, entende-se que os princípios são os pilares da política de saúde, enquanto que as diretrizes são representadas pela forma como a gestão do SUS é realizada. Assim, tem-se como princípios norteadores do SUS, a universalidade, a unicidade, a regionalização, a hierarquização e a igualdade, embora nem todos estejam destacados de forma explícita no texto constitucional, e como diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, dispostas nos incisos do artigo 198 da CRFB/1988 (VIEIRA, 2013).

Já no entendimento de Aguiar (2011, p. 49),

os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários.”

Percebe-se, assim, que alguns autores utilizam a divisão ‘princípios e diretrizes’, enquanto outros preferem subdividir os princípios em doutrinários e organizativos.

O princípio da universalidade no atendimento pode ser entendido como uma extensão do princípio da igualdade; afinal, o direito à saúde enquanto direito fundamental, “deve se destinar ao ser humano enquanto gênero, não podendo, portanto, ficar limitado a um grupo, categoria ou classe de pessoas.” (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010, p. 72). Esta regra não se aplica, entretanto, a todos os direitos, uma vez que o princípio da universalidade não implica em desconhecer diferenças que devem ser consideradas em relação a outros direitos fundamentais, em observância ao próprio texto constitucional (SARLET, 2012). Em relação ao direito à saúde, este princípio encontra-se expressamente destacado no *caput* do artigo 196 da CRFB/1988, ao prever acesso universal e igualitário às ações de saúde, que mesmo antes de sua positivação constitucional, repisa-se, já havia sido tema dos debates da 8.<sup>a</sup> CNS, constando em seu relatório final.

As discussões mais profundas acerca deste princípio se dão pelo fato da forma como a saúde era tratada antes da promulgação da atual Constituição brasileira, em um modelo de seguro social com destinatários determinados pela vinculação a uma categoria profissional. O que se pretendeu foi o rompimento deste modelo, introduzindo-se no ordenamento uma política de atendimento universal, idealizando a saúde como direito de todos, independentemente de qualquer fator discriminatório, em uma clara ampliação do conceito de cidadania (AITH, 2010; PAIM, 2002; VIEIRA, 2013).

A universalização do sistema contrapõe-se a ideia de focalização, que prevê atendimento a determinados grupos de pessoas. No campo da saúde, hoje, defende-se projetos de focalização do SUS para atendimento às pessoas com baixa renda, ou seja, um “SUS para os pobres, centrado numa medicina simplificada para gente simples.” (PAIM, 2002, p. 269).

A universalidade do SUS é uma conquista que deve ser defendida a qualquer custo, não podendo ficar à mercê de interesses individuais ou de posições egoístas daqueles que não utilizam o sistema sob o argumento de ineficiência e, então, passam a defender sua mitigação, tendo por base fatores econômicos ou operacionais.

A integralidade constitui-se em um dos mais importantes princípios (diretrizes) do SUS, estando preconizada na CFRB/1988, na LOS e teve como gênese a 8ª CNS, de 1986. Por este princípio reconhece-se que o atendimento deve ser integral, em seus aspectos preventivo, curativo e promocional, de forma igualitária e harmônica, com racionalidade do sistema e articulação das ações (RIOS, 2013; SALAZAR; GROU, 2009; VIEIRA, 2013).

Outro princípio que rege o SUS é a unicidade, uma vez que os serviços de saúde, embora prestados de maneira regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único. Com isso,

procura-se evitar a sobreposições de ações por órgãos diferentes, como era o modelo anterior ao surgimento do SUS (baseado no sistema previdenciário), o que demanda um gasto desnecessário de recurso público e prejuízo, a maioria das vezes na prestação dos serviços de saúde (VIEIRA, 2013, p. 332).

A descentralização, com direção única em cada esfera de governo, prevista no inciso I, do artigo 198 da CRFB/1988, determina que cada ente estatal tenha um órgão responsável pela saúde. Este princípio propõe

uma maior autonomia aos Municípios à medida que aproxima os cidadãos das reais possibilidades de resolução dos problemas enfrentados nos bairros (VIEIRA, 2013).

Como pressupostos da descentralização, a regionalização e a hierarquização constituem-se “em conceitos e fórmulas organizativas do SUS, que supõem operá-lo com racionalidade de meios e fins” (SALAZAR; GROU, 2009, p. 46), visando equidade de acesso, redução de custos e otimização dos recursos (AGUIAR, 2011).

A descentralização permite a atribuição de níveis de complexidade nos procedimentos de saúde, distribuindo-se responsabilidades em relação à prestação de serviços entre os níveis de governo, com a conseqüente transferência de recursos para Estados e Municípios. Este processo provocou uma mudança significativa nas atribuições dos entes políticos na prestação de serviços de saúde, principalmente na responsabilidade atribuída aos Municípios (AGUIAR, 2011). Ressalta-se que a descentralização também foi um dos pilares concebidos pela 8ª CNS, onde em seu relatório final sustenta que a centralização do poder federal esvaziou as funções próprias dos Estados e Municípios, e que a implementação do SUS reforçaria o poder político, administrativo e financeiro destes entes (CNS, 1986).

Outro princípio organizativo, ou diretriz, como se refere o termo do artigo 198 da CRFB/1988, é a participação da comunidade na organização do SUS. Esta forma de gestão, prevendo a vontade popular na elaboração das políticas públicas de saúde, reflete os conceitos de cidadania participativa, além de estimular o protagonismo das entidades organizadas na formulação de propostas que atendam os anseios sociais (AGUIAR, 2011; VIEIRA, 2013).

A forma de participação dos cidadãos na organização do SUS representa a nova cultura democrática brasileira pós ditadura militar, e está regulamentada na Lei 8.142/1990, onde, em seu artigo 1º, estabelece que a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde são instâncias colegiadas que garantem participação popular nas decisões sobre saúde pública, uma vez que possuem caráter deliberativo e composição paritária (BRASIL, 1990b; SALAZAR; GROU, 2009).

As Conferências de Saúde têm por objetivo a realização a cada quatro anos de reuniões com os vários segmentos da sociedade, no sentido de avaliar a realidade conjuntural e de estrutura do SUS, propondo novas diretrizes e estratégias para serem implementadas nos quatro anos seguintes. As Conferências são realizadas em todos os níveis de governo, sendo primeiro as municipais, depois as estaduais e, por fim, a nacional,

consolidando um processo crescente em relação aos assuntos tratados (BRASIL, 1990b; DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Cumpre ressaltar que a realização das Conferências de Saúde não representa uma novidade nas políticas de saúde do Brasil, tendo sido realizadas a partir de 1941, em razão de sua instituição pela Lei 378/1937 (BRASIL, 1937). O que merece destaque, no entanto, é o papel a ser desempenhado pelas Conferências de Saúde no novo modelo trazido pela Lei 8.142/1990, que garante poder deliberativo e a participação de diversos segmentos da sociedade, uma vez que

o papel atribuído às conferências quando de sua institucionalização foi o de promover o intercâmbio de informações e, por meio destas, propiciar ao governo federal o controle das ações realizadas no âmbito estadual a fim de regular o fluxo de recursos financeiros. Não há qualquer menção a processos deliberativos. (SCOREL; BLOCH, 2005, p. 84).

O Conselho de Saúde “em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente”, federal, estadual e municipal, constituindo-se em uma obrigação legal, no sentido de concretizar uma relação harmoniosa entre o poder público estatal e a participação cidadã, como supedâneo do Estado democrático de direito (BRASIL, 1990b, p. 1; SCHWARTZ, 2001; VIEIRA, 2013).

Importante asseverar que os Conselhos de Saúde já existiam antes da CRFB/1988 e, conseqüentemente, da Lei 8.142/1990. Atuavam como um órgão subordinado ao Ministério da Saúde, com a participação de técnicos e sem a participação popular. Por isso,

a concepção de conselhos de saúde que se substancia como espaço de exercício da cidadania participativa não tem a sua origem nessas experiências formalistas, burocratizadas e autoritárias que se resumiam a esfera nacional e não tiveram a sua origem da organização da sociedade. A experiência conselhistas que se traduziu como expressão da República participativa criada pela CRFB/1988 tem a sua base nas lutas sociais e nas mobilizações da

sociedade contra a ditadura militar (VIEIRA, 2013, p. 359).

A participação popular nos temas em saúde pública não pode e não deve se resumir aos Conselhos e Conferências de saúde. É preciso cada vez mais dar legitimidade popular às decisões de onde e como gastar os recursos públicos, por meio da ampliação de espaços de participação, como as audiências públicas, as reuniões de bairros, com o atendimento às especificidades de cada região. Assim,

[...] a questão da participação popular na seara do direito à saúde não se resume a um cenário simplista, pelo contrário, ela traduz toda a complexidade, heterogeneidade e multiculturalidade que compõem a sociedade. Portanto, não pode ser vista como um único modelo ou aplicada concretamente como se fosse uma receita. Não! Ela espelha contradições sociais, forças econômicas e sociais nacionais e internacionais e disputas e interesses políticos, em alguns casos, que não dizem respeito diretamente com o âmbito da saúde (VIEIRA, 2013, p. 350).

Em relação aos objetivos do SUS, a LOS, de forma mais analítica e cristalina que a CRFB/1988, estabelece em seu artigo 5.º que os objetivos de um sistema único de saúde consistem em identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; em formular políticas de saúde que promovam nos campos econômico e social a redução do risco de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições assecuratórias de acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, no sentido de sua promoção, proteção e recuperação, além de promover assistência às pessoas por meio de ações integradas e atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

Assim, os objetivos propostos não se resumem a ações preventivas e curativas, mas refletem também a nova concepção conceitual de saúde, traduzida na formulação de políticas intervencionistas nos campos econômico e social que tutelam a saúde como bem jurídico protegido pela Constituição (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Uma vez definidos os objetivos do SUS na LOS, suas atribuições também foram delineadas no artigo 6º da Lei Orgânica, das quais se pode destacar a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica e farmacêutica, além de

formulação de políticas de saneamento básico e proteção ao meio-ambiente (BRASIL, 1990a).

A LOS, a partir do artigo 15, delimita atribuições e competências aos entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) na execução de funções relativas ao SUS. Como atribuições comuns destacam-se a elaboração de proposta orçamentária, a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinado à saúde, a realização de pesquisas e estudos na área da saúde e a celebração de convênios, acordos e protocolos relativos à saúde, saneamento e meio-ambiente (BRASIL, 1990a).

Dentre as competências privativas de cada esfera administrativa, as principais atribuições dos gestores em nível federal, de acordo com o artigo 16 da LOS, são a normatização e coordenação do sistema, com a elaboração do planejamento estratégico nacional do SUS, em cooperação técnica com os Estados e Municípios. Em nível estadual, conforme preceitua o artigo 17 da Lei 8.080/1990, destaca-se o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS e em nível municipal as atribuições principais do gestor municipal, dispostas no artigo 18,

incluem a gestão do sistema de saúde no seu município, com o planejamento, gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados de serviços. Cabe ao município responsabilizar-se para a melhor política de saúde para o nível local, considerando-se sua maior proximidade e, conseqüentemente, maior conhecimento da ordem de prioridades e demandas da população local (AGUIAR, 2011, p. 60).

Em meio a toda essa normatização do SUS, que visa assegurar aos cidadãos uma prestação eficiente dos serviços de saúde pelo Estado, em todos os seus níveis, surge proposições de retrocesso às conquistas sociais, ante a escassez de recursos e da já mencionada reserva do possível, que por meio de projetos de lei visam restringir o direito à saúde tal qual concebido e regulamentado na legislação. Por isso, o fortalecimento do princípio da proibição do retrocesso social deve ser perseguido, no sentido de que os instrumentos de concretização do direito à saúde não só sejam mantidos, como também ampliados, propiciando, conseqüentemente, a melhora do SUS (CUNHA; TORRONTEGUY, 2011).

A criação do SUS como um sistema de atendimento universal ainda requer suficientes fontes de financiamento que deem guarida aos seus auspiciosos objetivos. Não as havia por ocasião de sua criação, e tampouco hoje essas fontes são capazes de suportar a demanda, mesmo com a criação de um orçamento mínimo destinado a custear as ações de saúde promovidas pelo Estado.

Não se consegue um sistema de saúde com qualidade sem investimentos no setor. Assim, ao Estado e a sociedade cabe o estabelecimento de formas para financiar a saúde, que passa necessariamente pela cobrança de tributos e por uma gestão eficiente dos recursos arrecadados. O gasto público deve ser fiscalizado por toda a população, por meio de mecanismos que lhe permitam saber como, onde e de que forma o gestor público aplica os recursos, cobrando transparência na administração da coisa pública.

### **3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL APÓS O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Um dos grandes entraves enfrentados pela saúde pública brasileira diz respeito ao financiamento do sistema, que não recebeu do Estado a devida atenção para que seu funcionamento se desse de maneira eficiente, no sentido de pleno atendimento ao custeio das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Como uma diretriz do sistema de saúde trazida pela CRFB/1988, a descentralização no atendimento dos serviços para a esfera municipal requer igualmente a descentralização de recursos que permitam aos Municípios a prestação efetiva destes serviços, uma vez que os recursos próprios gerados pela arrecadação municipal não são suficientes. Entretanto, os repasses financeiros previstos pela nova ordem estabelecida para as ações e serviços públicos de saúde não ocorreu imediatamente após a implantação do sistema, principalmente devido a realidade econômica e política vivida pelo país no início dos anos 1990 (AGUIAR, 2011).

Desta forma, não obstante o preceito constitucional definir que as normas atinentes aos direitos fundamentais terem aplicação imediata, não havia por parte de Estados e Municípios qualquer vinculação orçamentária que os obrigasse a aplicar valores mínimos nas ações e serviços de saúde, o que se somente foi alterado com a edição da EC n. 29/2000, adiante detalhada.

A significativa alteração na forma de prestação de serviços públicos de saúde, passando de um atendimento focalizado para universal, obrigou o legislador brasileiro a prever a vinculação de recursos com impostos e o estabelecimento de contribuições sociais para o custeio do sistema, atribuindo competências a todos os entes federados na prestação de serviços públicos de saúde. Ao mesmo tempo, criou-se mecanismos que permitem à sociedade conhecer a origem e a destinação dos recursos arrecadados, embora seu funcionamento não atinja grande parte da população.

#### **3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

As fontes de custeio para a promoção da saúde pública sempre estiveram ligadas à previdência e assistência social, havendo uma repartição dos recursos entre estas áreas. Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, o orçamento do sistema nacional de

previdência e assistência social (SINPAS), criado em 1977 como forma de reordenar administrativamente o sistema de saúde, era autônomo, formado basicamente pela contribuição ao próprio sistema previdenciário, com escassos recursos do orçamento fiscal (AGUIAR, 2011; SANTOS, 2011).

Desta forma, o sistema de saúde, previdência e assistência social era composto pelo

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), direcionado para o pagamento de benefícios aos segurados; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), encarregado da prestação de assistência médica individual e curativa por meio dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais; a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – com a finalidade de prestar assistência à população carente; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM); e a Central de Medicamentos (CEME) (AGUIAR, 2011, p. 32).

Os governos do regime militar promoveram uma centralização de recursos na esfera federal, desconsiderando uma adequação necessária em razão das diferentes e específicas necessidades das diversas regiões do país. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, como resultado da fusão de antigos institutos de aposentadoria e pensões, esta centralização se consolidou ainda mais, deixando a prestação de serviços em saúde cada vez mais caótica em todas as regiões. Neste período, e até o final da década de 1970, o atendimento à saúde pública era dividido em três subsistemas: o Ministério da Saúde, ocupando-se de ações coletivas; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, atuando na área curativa; e as administrações estaduais e municipais, com estrutura deficitária e incipiente, assumindo atribuições de vacinação e assistência ambulatorial, notadamente de caráter coletivo. Não havia ações coordenadas, grande parte dos recursos era destinada às capitais, onde se concentravam os hospitais públicos, sendo que as superintendências

regionais do INAMPS atendiam de forma precária. (MARTINS, 2008; MELAMED, 2011).

Esta lógica de centralização verificada no período militar, impossibilitando a discussão do tema pelos segmentos sociais que possibilitassem alternativas positivas para os graves problemas enfrentados, conduziram a saúde pública a resultados ineficientes, com recursos escassos e aumento das taxas de mortalidade materna, infantil, por doenças cardiovasculares, endêmicas e epidemias (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005), além do fato de a política econômica no período ter trazido como consequências “concentração de renda, arrocho salarial, redução do poder de compra do salário mínimo, aumento de preços, colapso dos serviços públicos de saúde e transporte e precárias condições de vida para a população brasileira.” (AGUIAR, 2011, p. 32).

Ante a dependência do Brasil às condições da política econômica internacional, mormente ao déficit na balança comercial brasileira com a desvalorização de nossos produtos de exportação, as condições de vida na cidade e no campo foram agravadas, causando amplo descontentamento da sociedade com o empobrecimento da classe média e a migração da zona rural para a urbana, o que refletiu ainda mais na já difícil situação da saúde pública nacional (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Com a redemocratização do país e uma nova Constituição promulgada, que absorveu grande parte das reivindicações constantes no relatório final da 8.<sup>a</sup> CNS, especialmente quanto a criação do SUS e a sua previsão de financiamento, esperava-se avanços significativos na saúde pública brasileira. No entanto, não obstante a determinação de financiar a seguridade social com recursos dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, não havia uma definição clara de quanto deveria ser investido nas ações de saúde, uma vez que a previdência e assistência social também estão incluídas no conceito de seguridade, havendo, portanto, uma divisão de recursos entre estas áreas, sem qualquer vinculação de recursos mínimos a serem investidos (BRASIL, 1988; PIOLA, 2013).

As alterações trazidas pelo novo texto constitucional de 1988 ensejaram mudanças na alocação de recursos destinados à saúde. Em seu artigo 194, introduziu a definição de seguridade social<sup>21</sup>, remetendo à ideia de que saúde, previdência e assistência social constituem aspectos

---

<sup>21</sup> CRFB/1988, art. 194. “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 1).

indissociáveis na prestação, pelo Estado, de serviços e ações que visem à proteção do direito à saúde.

As Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, tidas como Leis Orgânicas da Saúde, embora de grande significância para regular uma incipiente legislação garantidora de direitos, trataram a questão do financiamento de maneira superficial, não elencando fontes de custeio suficientes para cumprir os princípios propostos pelo direito à saúde, erigido, então, à condição de direito fundamental (AGUIAR, 2011).

Melamed e Piola (2011) destacam a busca governamental para financiar o SUS, desde empréstimos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), em 1992 e 1993, a criação de contribuição específica para a saúde (CPMF)<sup>22</sup>, em 1996 e 1997, até a EC n. 29/2000, no sentido de dar ao Estado condições financeiras que permitam o acesso universal e o atendimento integral, pilares do sistema.

Percebe-se que a discussão acerca deste financiamento é recorrente. O Estado busca constantemente novas formas de custear os gastos em saúde, como a criação (recriação) de um tributo específico, vinculado integralmente para financiar as ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, até o momento não se obteve consenso político que permita discutir o tema no Congresso Nacional, e a crise econômica porque atravessa o país conduz a uma repulsa generalizada quando o assunto é aumento de carga tributária.

É preciso, no entanto, que se encontrem soluções que garantam a saúde como direito de todos e dever do Estado, englobando ações que promovam sua proteção, manutenção e recuperação. Encontrar meios de financiar estes serviços é condição imprescindível para sua efetivação, sob pena de tornar um direito fundamental limitado apenas ao texto legal, dando guarida a argumentos de inexecutabilidade<sup>23</sup> dos princípios propostos pelo SUS (BRASIL, 1988).

---

<sup>22</sup> A Emenda Constitucional 12/1996 incluiu o art. 74 no Ato das disposições constitucionais transitórias, ADCT, outorgando poderes à União para criar contribuição provisória sobre movimentação financeira, CPMF, com alíquota de 0,25%. Posteriormente, foram editadas as emendas constitucionais 21/1999, 37/2002 e 42/2003, que tiveram por objetivo aumentar a alíquota e dar sucessivas prorrogações à contribuição, que vigorou até 31 de dezembro de 2007 (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; BRASIL, 2003a).

<sup>23</sup> O médico Dráuzio Varella, em sua coluna no Jornal Folha de São Paulo, de 28/05/2016, argumenta que “não há como fugir da realidade: se as verbas destinadas à saúde são insuficientes, quanto menos utilizarem os serviços do sistema único os brasileiros que podem pagar por eles, mais recursos sobrarão para atender os que contam apenas com o SUS.” (VARELLA, 2016).

A realização plena do direito à saúde deve ser perseguida por toda a sociedade, e negá-lo frente à escassez de recursos financeiros representa um retrocesso na busca pela consolidação dos direitos humanos. Neste sentido,

Deve-se recordar que o mais forte argumento adotado pelos reacionários de todos os países contra os direitos do homem, particularmente contra os direitos sociais, não é a sua falta de fundamento, mas a sua inexecutabilidade. Quando se trata de enunciá-los, o acordo é obtido com relativa facilidade, independentemente do maior ou menor poder de convicção de seu fundamento absoluto; quando se trata de passar à ação, ainda que o fundamento seja inquestionável, começam as reservas e as oposições (BOBBIO, 2004, p. 23).

Especificamente em relação ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a CRFB/1988, em seu artigo 195, determina que toda a sociedade é responsável pelo financiamento da seguridade social, direta e indiretamente, mediante recursos dos orçamentos de todos os entes políticos, além da instituição e cobrança de contribuições sociais. Conforme a classificação dos tributos, a ser analisada em tópico específico, as contribuições caracterizam-se por terem sua arrecadação vinculada à uma finalidade pré-estabelecida, neste caso, a seguridade social, no sentido de atender aos gastos da previdência, da assistência social e da saúde (PIOLA, 2013).

As formas de financiamento da seguridade social também estão explicitadas na Lei 8.212/1991, que instituiu o plano de custeio da saúde, previdência e assistência social. Em seu artigo 11, parágrafo único, elenca as contribuições sociais que comporão receitas do orçamento da União, sendo estas:

- a) as das empresas, incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos segurados a seu serviço;
  - b) as dos empregadores domésticos;
  - c) as dos trabalhadores, incidentes sobre o seu salário-de-contribuição;
  - d) as das empresas, incidentes sobre faturamento e lucro;
-

e) as incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos (BRASIL, 1991).

Assim, as fontes de financiamento da seguridade social provenientes de contribuições sociais, e que adiante serão detalhadas, constituem-se:

- a) Do valor resultante da aplicação de alíquota de 20% incidente sobre a remuneração paga aos segurados pelos empregadores, conforme artigo 22 da Lei 8.212/1991;
- b) Do valor apurado à alíquota de 8% incidente sobre a remuneração dos empregados domésticos, conforme alteração promovida pela Lei 13.202/2015 ao artigo 24 da Lei 8.212/1991;
- c) Do valor encontrado pela aplicação das alíquotas de 8%, 9% ou 11% incidente sobre o salário dos trabalhadores, de acordo com tabela progressiva disciplinada no artigo 20 da Lei 8.212/1991;
- d) Do valor apurado pelas pessoas jurídicas referentes às contribuições incidentes sobre o faturamento e o lucro, conforme alíquotas disciplinadas pelas Leis 10.637/2002, 10.833/2003 e 12.546/2011.

Ressalta-se que as empresas enquadradas na condição de microempresa ou de empresa de pequeno porte, conforme definição dada pela Lei Complementar n.º 123/2006, em observância ao disposto no artigo 146, III, “d” da CRFB/1988, não recolhem as contribuições estabelecidas nos itens “a” e “d”, acima mencionados, por gozarem de um tratamento tributário diferenciado e favorecido, consoante preceito constitucional inserto no artigo 179 da CRFB/1988<sup>24</sup> (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006).

Em relação ao financiamento da saúde proveniente de recursos advindos com o recolhimento de impostos, a EC n. 29/2000 definiu regras próprias para Estados e Municípios, de acordo com as competências próprias que lhes são atribuídas pelo Sistema Tributário Nacional para a instituição e cobrança de tributos. Assim, faz-se necessário conhecer os aspectos mais relevantes da tributação nacional, uma vez que há relação

---

<sup>24</sup> CRFB/1988, art. 179. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios dispensarão às microempresas e às empresas de pequeno porte, assim definidas em lei, tratamento jurídico diferenciado, visando a incentivá-las pela simplificação de suas obrigações administrativas, tributárias, previdenciárias e creditícias, ou pela eliminação ou redução destas por meio de lei (BRASIL, 1988).

direta do modelo tributário com o financiamento da saúde pública brasileira. Registra-se também que dentre as fontes de financiamento na esfera municipal estão os recursos recebidos da União e do Estado para aplicação em ASPS, ou seja, são transferências intergovernamentais para utilização exclusivamente no SUS.

### 3.2 ASPECTOS TRIBUTÁRIOS NO SISTEMA FEDERALISTA BRASILEIRO

O Brasil constitui-se em uma República Federativa formada por três níveis de governo: o federal, representado pela União; o estadual, representado pelos 26 Estados e o Distrito Federal; e o municipal, representado pelos mais de 5.600 Municípios. Apresenta como característica principal a divisão de competências entre estes entes políticos, por meio da descentralização e autonomia administrativa, orçamentária e tributária, embora a edição de várias emendas constitucionais em matéria tributária tenha ocasionado retrocesso em relação ao que se pretendia com a CRFB/1988, uma vez que a União concentra grande parcela do poder de tributar (MACHADO, 2013; NASCIMENTO, 2006).

Para a consecução dos serviços públicos, bem como para gerir a atividade estatal e cumprir os dispositivos constitucionais em relação aos direitos individuais e coletivos que garantam a preservação da dignidade humana, papel do Estado para legitimar a ordem jurídica (SARLET, 2009), os entes políticos necessitam de recursos financeiros, tendo a arrecadação tributária como principal fonte destes recursos, sem a qual não seria possível a prestação de serviços públicos aos seus cidadãos (MACHADO, 2013).

Na definição de Nascimento (2006), todos os ingressos financeiros originados da ação e atributos do poder público, decorrentes da expressa previsão legal, destinados à manutenção do Estado, infraestrutura, serviços públicos, financiamentos, constituem um conjunto denominado receita pública. Segundo o mesmo autor, o conceito de receita pública pode ser entendido como sendo

O conjunto de ingressos financeiros com fontes e fatores próprios e permanentes oriundos de ação e de atributos inerentes à instituição (União, Estados e Municípios), e que, integrando o patrimônio e na qualidade de elemento novo, produz-lhe acréscimos, sem, contudo, gerar obrigações,

reservas ou reivindicações de terceiros, destinando-se a atender à manutenção e conservação dos serviços públicos [...] e suas necessidades de investimento. [...] também agrega as receitas das empresas estatais, a remuneração dos investimentos do Estado e os juros das dívidas fiscais (contraídas por terceiros junto à administração pública (NASCIMENTO, 2006, p. 88-91).

A receita pública representa, portanto, o ingresso de recursos financeiros ao erário, sendo proveniente de diversas fontes, a qual é gerida pela administração pública para atender aos fins do Estado, mormente à execução de políticas públicas. Em sentido estrito, a receita pública consubstancia-se na receita orçamentária, a qual apresenta classificações segundo critérios estabelecidos pela Secretaria de Orçamento Federal, vinculada ao Ministério do Planejamento (MCASP, 2017).

De acordo com os critérios estabelecidos, a classificação da receita pública se dá em relação à procedência, à fonte e destinação de recursos, à apuração do resultado primário e à natureza econômica. Quanto à procedência, a receita pública pode ser originária, nos casos em que a administração pública arrecada por meio da exploração de atividade econômica própria; ou derivada, representada pela arrecadação compulsória dos contribuintes por meio dos tributos. Em relação à fonte e destinação dos recursos, há uma associação entre a receita e as despesas, no sentido de identificar as fontes de financiamento dos gastos públicos. Quanto à apuração do resultado primário, as receitas podem ser primárias ou não primárias. Diz-se primárias aquelas que compõem as receitas correntes, especialmente as tributárias, e não primárias as receitas financeiras. Em relação à natureza econômica, a receitas classificam-se em correntes, de capital e de operações intraorçamentárias (BRASIL, 1964; MCASP, 2017).

Na subdivisão proposta por Nascimento (2006), que segue a classificação legal, as receitas correntes são compostas pelas receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços, além de outras receitas correntes e transferências, que são destinadas ao pagamento das despesas correntes, tais como folha de pagamentos e manutenção dos serviços públicos. As receitas de capital, por sua vez, são divididas em operações de crédito, alienação de bens e direitos, amortização de empréstimos e financiamentos recebidos, transferências de capital e outras receitas tributárias, destinadas ao

pagamento das despesas classificadas como despesas de capital (NASCIMENTO, 2006; BRASIL, 1964).

Quadro 1 - Classificação da receita pública em relação à natureza econômica

Receitas correntes	Receitas de capital
Tributárias (impostos, taxas, cont. melhoria)	Operações de crédito
De contribuições	Alienação de bens
Patrimonial	Amortizações de empréstimos
Agropecuária	Transferências de capital
Industrial	Outras receitas de capital
De serviços	
Transferências correntes	
Outras receitas correntes	

Fonte: BRASIL, 1964. Lei 4320/1964, artigo 3º.

Como mencionado, a receita tributária é uma espécie da receita pública, formada basicamente pela arrecadação de impostos, taxas, contribuição de melhorias e multas tributárias, cujo produto é destinado para financiar as despesas públicas, atividades de investimentos nas áreas de atuação do Estado, principalmente na infraestrutura, e para o financiamento dos serviços públicos (AMARO, 2013; BRASIL, 1988; NASCIMENTO, 2006).

Desta forma, sendo a principal fonte de custeio para a prestação de serviços públicos em saúde advinda do recolhimento de tributos, especificamente de impostos e contribuições sociais, faz-se necessário compreender o funcionamento do sistema tributário brasileiro, que ao se constituir em um sistema federativo, apresenta aspectos particulares, com competências tributárias comuns e exclusivas a cada ente político, além da observância de princípios constitucionais tributários que visam proteger os contribuintes de eventuais abusos na criação ou majoração de tributos (AMARO, 2013; SABBAG, 2013).

### 3.2.1 Sistema Tributário Nacional (STN)

Pode-se entender o sistema tributário como um sistema organizado, estruturado e lógico que abarca os princípios e regras jurídicas dos tributos instituídos em determinado território, disciplinando

sua arrecadação (OLIVEIRA, 2013). O Brasil somente passou a ter um sistema tributário constitucionalmente definido a partir da EC n. 18/1965, embora tenha destinado aos Estados e Municípios uma posição de inferioridade, ao concentrar poderes para criação e cobrança de tributos nas mãos da União. Esta situação somente foi modificada após a promulgação da CRFB/1988, o que melhorou a partilha dos impostos federais, com uma distribuição mais justa entre os entes políticos a partir de então e ao minimizar a crescente concentração dos recursos na esfera federal, tornando o Brasil verdadeiramente federativo em matéria tributária (MACHADO, 2013).

A existência de um sistema tributário organizado é essencial para qualquer Estado, pois dele advém os princípios e regras que fundamentam a instituição, cobrança e fiscalização de tributos, o que permite ao ente público realizar uma gestão que atenda aos interesses sociais, principalmente na prestação de serviços públicos fundamentais, positivados na CRFB/1988, no sentido de proporcionar aos cidadãos melhoria constante na qualidade de vida e reduzir as desigualdades sociais, em busca do que se convencionou chamar de justiça social.

Dentre as classificações atribuídas aos sistemas tributários, pode-se encontrar sistemas rígidos ou flexíveis, de acordo com a forma de alteração que podem sofrer. Nos sistemas rígidos o poder do legislador ordinário é bastante reduzido, sendo todas as normas e princípios estabelecidos pela Constituição; já nos sistemas flexíveis há uma ampla possibilidade de o legislador ordinário alterar normas e redefinir atribuições e competências tributárias. Em relação à forma de sua estruturação, tem-se os sistemas racionais, “elaborados à luz dos princípios ditados pela ciência das finanças e tendo em vista determinados objetivos políticos”, e os sistemas históricos, instituídos de acordo com uma tradição cultural e sem qualquer forma de planejamento (MACHADO, 2013, p. 276).

Com base no sistema tributário de um país e de suas normas de regulamentação dos tributos, que definem a incidência sobre fatos geradores determinados e alíquotas a serem aplicadas, pode-se mensurar a carga tributária com a evidenciação do *quantum* da produção nacional corresponde a tributos. Entende-se que um sistema tributário pode ser considerado perverso, na medida em que a carga de tributos incidente sobre a renda dos cidadãos ou sobre a produção de bens e serviços seja demasiadamente elevada, comprometendo o consumo e a própria indústria nacional, que não tem condições de competir comercialmente com outros países em um mercado global cada vez concorrido (MACHADO, 2013).

Assim, encontrar um modelo ideal para o sistema tributário de um país não é tarefa fácil, já que aspectos internacionais devem ser considerados, assim como as particularidades locais, respeitando-se as diferenças culturais e as necessidades de seu povo. Torna-se necessário, então, que o sistema tributário tenha equidade, no sentido de operar uma tributação que dê garantia ao desenvolvimento econômico nacional, observadas as políticas macroeconômicas, proporcionando trabalho e renda à população e, ao mesmo tempo, que propicie ao Estado recursos suficientes para a gestão das políticas sociais, fazendo-se cumprir os dispositivos legais que garantem bem-estar social.

O sistema tributário brasileiro tem suas normas reguladoras dispostas na Constituição Federal de 1988, que recepcionou a Lei 5.172/66, que se constituiu no Código Tributário Nacional (CTN), ao estabelecer regras para a criação de tributos, majoração de alíquotas e determinação de competências da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para sua cobrança. Conforme definição dada pelo artigo 3.º do CTN, tributo “é toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada” (BRASIL, 1966, p. 1; SABBAG, 2013; AMARO, 2013).

Assim, o STN está delineado nos artigos 145 a 169 da CRFB/1988, os quais estabelecem princípios e competências a que os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) estão sujeitos, além de prever a repartição das receitas tributárias entre os mesmos e estabelecer regramento acerca das finanças públicas, consubstanciando-se na estrutura macro de todo o sistema tributário (BRASIL, 1988).

A CRFB/1988, em seu artigo 145, delimita quais tributos poderão ser instituídos pelos entes federados em um rol taxativo, discriminando que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios poderão instituir os seguintes tributos:

- I - impostos;
- II - taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição;
- III - contribuição de melhoria, decorrente de obras públicas (BRASIL, 1988, p. 1).

Da leitura deste artigo, apreende-se que os tributos elencados nos incisos I a III constituem-se em espécies tributárias, das quais tributo é o gênero. Desta forma, tem-se que os entes federados têm competência comum para instituí-los, podendo, após o devido processo legislativo, cobrá-los dos cidadãos. Registra-se que esta competência é indelegável, nos termos do artigo 7º do CTN<sup>25</sup>, assim, se algum ente federado deixar de exercer sua prerrogativa na instituição de algum tributo de sua competência, outro ente não poderá fazê-lo (BRASIL, 1966; MACHADO, 2013).

### 3.2.2 Espécies tributárias

A primeira espécie tributária, elencada no inciso I do artigo 145 da CRFB/1988, trata dos impostos. De acordo com o artigo 16 do CTN, “imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte”. Assim, em relação à vinculação, diz-se que o imposto é um tributo não vinculado, uma vez que não se exige do ente tributante qualquer ação dirigida ao contribuinte que o pagou, sendo os recursos arrecadados utilizados para a gestão da atividade estatal, onde se incluem, também, as prestações de serviços públicos destinadas à promoção do bem comum e, por consequência, serviços de saúde (AMARO, 2013; BRASIL, 1966, p. 1; MACHADO, 2013).

Neste diapasão, Harada (2008, p. 313) interpreta que impostos (art.145, I, da CF) são exações desvinculadas de qualquer atuação estatal, decretadas exclusivamente em função do *jus imperii* do Estado. Seu fato gerador é sempre uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte.

Portanto, em relação à competência tributária para a instituição e cobrança de impostos, disciplinada nos artigos 153 a 156 da CRFB/1988, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm competência comum, mas não concorrente. O texto constitucional elenca de maneira

---

<sup>25</sup> CTN, art. 7.º A competência tributária é indelegável, salvo atribuição das funções de arrecadar ou fiscalizar tributos, ou de executar leis, serviços, atos ou decisões administrativas em matéria tributária, conferida por uma pessoa jurídica de direito público a outra, nos termos do § 3º do artigo 18 da Constituição (BRASIL, 1966).

taxativa quais impostos cabe a cada ente federado. Ao discorrer sobre a competência para instituir impostos, Machado (2013, p. 297) sustenta que

a atribuição de competência para instituir impostos constitui uma forma de limitação do poder de tributar, na medida em que, ao determinar quais são os impostos que podem ser criados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, a Constituição delimita o campo fático que pode servir de suporte a esses impostos. Define o que denominamos o âmbito constitucional de cada imposto.

Desta forma, no artigo 153 da CRFB/1988 estão descritos os impostos de competência da União, sendo o imposto sobre a renda (IR), o imposto sobre produtos industrializados (IPI) e os impostos de importação (II) e de exportação (IE), os de maior representatividade na arrecadação. Além destes, tem-se o imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro (IOF), o imposto territorial rural (ITR) e o imposto sobre grandes fortunas, que até hoje padece de regulamentação por meio de lei complementar para entrar em vigor (BRASIL, 1988; AMARO, 2013).

Tratados como tributos aduaneiros, os impostos de importação e exportação têm implicações diretas com o mercado internacional, por isso a função destes tributos é extrafiscal, sendo “muito mais importantes como instrumento de proteção da indústria nacional do que como instrumentos de arrecadação de recursos financeiros para o Tesouro Público”. Assim, tem por finalidade regular o mercado, incidindo nas operações de importação e exportação de mercadorias, sendo utilizados como instrumentos de adequação comercial para atender os objetivos da política econômica (MACHADO, 2013, p. 309).

Diferentemente dos impostos II e IE, o imposto sobre a renda tem função eminentemente fiscal e responde pela maior arrecadação tributária em nível federal<sup>26</sup>, tendo, portanto, grande representatividade no orçamento da União, havendo, no entanto, uma certa dose de extrafiscalidade, comum nos dias atuais à maioria dos tributos, no sentido de uma intervenção estatal para regular a economia do Estado e, no caso do IR, combater desigualdades regionais por meio de incentivos fiscais

---

<sup>26</sup> De acordo com a RFB, o IR representou, em 2016, 41,3% da arrecadação, excluída a receita previdenciária (BRASIL, 2017a).

que fomentem o desenvolvimento de determinadas regiões ou setores da economia (DENARI, 2008; MACHADO, 2013).

Uma característica importante do IR é a sua progressividade<sup>27</sup>, conforme preceito constitucional inserto no inciso I, do parágrafo 2º, do artigo 153 da CRFB/1988, que também consagra a generalidade e a universalidade como princípios informadores. Entretanto, a progressividade do IR está, hoje, mitigada, principalmente na tributação das pessoas físicas, haja vista a existência de apenas quatro faixas de tributação, com a incidência de apenas quatro alíquotas, o que torna o imposto menos justo, além do fato de não haver distinção quanto à natureza dos rendimentos, tributando-se igualmente rendimentos do trabalho e rendimentos do capital (BRASIL, 1988; MACHADO, 2013).

A alíquota do IR aplicável às pessoas jurídicas é de 15%, incidente sobre o lucro real<sup>28</sup>, presumido<sup>29</sup> ou arbitrado<sup>30</sup>, apurado de acordo com as normas fiscais e contábeis contidas no Regulamento do Imposto de Renda (RIR). A progressividade do IR está consubstanciada na alíquota adicional de 10% incidente sobre a parcela do lucro que ultrapassar R\$ 240.000 (duzentos e quarenta mil reais) no exercício, ou R\$ 60.000 (sessenta mil reais) trimestrais no caso de adoção do lucro presumido ou arbitrado, que tem esta periodicidade como período de apuração (HIGUCHI; HIGUCHI; HIGUCHI, 2011).

Embora prevista constitucionalmente, a progressividade tributária do IR encontra opositores à sua utilização como instrumento de isonomia tributária, sob o argumento de que “se a capacidade contributiva é indicada pela renda, o imposto deve ser proporcional à renda de cada um, com alíquota única e sem isenção”. Em que pese tal entendimento possa ser coerente, estar-se-ia tratando com a mesma carga tributária pessoas

---

<sup>27</sup> Progressividade tributária significa que as alíquotas são aumentadas à medida em que a base tributável também aumenta (AMARO, 2013).

<sup>28</sup> Diz-se lucro real o regime tributário que apura o imposto de renda das pessoas jurídicas de maneira completa, com base no resultado encontrado pela soma das receitas, deduzidos os custos e despesas (HIGUCHI; HIGUCHI; HIGUCHI, 2011).

<sup>29</sup> Lucro presumido é a forma de apuração do imposto de renda das pessoas jurídicas de maneira simplificada, que utiliza apenas o faturamento para obtenção da base de cálculo (HIGUCHI; HIGUCHI; HIGUCHI, 2011).

<sup>30</sup> Lucro arbitrado é a forma de apuração do imposto de renda realizada de ofício pelo fisco ou mediante autoarbitramento, nos casos em que a pessoa jurídica não disponha de escrituração que permita apurá-lo pelas demais formas (HIGUCHI; HIGUCHI; HIGUCHI, 2011).

com capacidades contributivas distintas, e, por isso, “é inadmissível, porque extremamente injusta” (MACHADO, 2013, p. 305).

O imposto sobre produtos industrializados tem sua incidência na saída dos produtos do estabelecimento que os industrializa, bem como no desembarço aduaneiro na importação de produtos do exterior, e, por isso, também é utilizado como instrumento regulatório da economia. Assim, tem-se que exerce dupla função: fiscal, na medida em que sua expressiva arrecadação representa uma das maiores fontes de recursos tributários da União; e extrafiscal, no sentido de reduzir ou aumentar a entrada de produtos estrangeiros no território nacional por meio da elevação ou redução de suas alíquotas (BRASIL, 1966; MACHADO, 2013).

Esta função extrafiscal do IPI também pode ser verificada nas recentes desonerações tributárias em diversos setores da economia, no sentido de estimular investimentos privados, aquecer o consumo e proteger a indústria nacional. Não é raro o governo federal reduzir alíquotas do IPI de determinados produtos, inclusive para zero, utilizando-se de sua prerrogativa legal concedida pelo Decreto 7.212/2010, que autoriza o Poder Executivo a reduzir ou aumentar alíquotas, respeitados os limites descritos no artigo 69, que assim dispõe:

O Poder Executivo, quando se tornar necessário para atingir os objetivos da política econômica governamental, mantida a seletividade em função da essencialidade do produto, ou, ainda, para corrigir distorções, poderá reduzir alíquotas do imposto até zero ou majorá-las até trinta unidades percentuais (BRASIL, 2010, p. 1).

Como características principais do IPI tem-se a seletividade<sup>31</sup> em função da essencialidade do produto, com a graduação de alíquotas; a não-cumulatividade, possibilitando que os contribuintes possam compensar o imposto pago nas etapas anteriores com aquele gerado no processo de industrialização; e a imunidade tributária do IPI nos casos de exportação de produtos para o exterior do país, conforme estabelecem os incisos do parágrafo 3.º do artigo 153 da CRFB/1988 (BRASIL, 1966; BRASIL 1988).

---

<sup>31</sup> Seletividade tributária em função da essencialidade do produto traduz-se pela aplicação de alíquotas menores para produtos considerados mais essenciais (alimentos, vestuário, etc.), enquanto que os produtos menos essenciais ou supérfluos tem aplicação de alíquotas maiores (PEGAS, 2007).

Outra classificação relativa aos tributos que demonstra seu impacto econômico ocorre na divisão dos mesmos em diretos e indiretos. O IPI é um imposto indireto, uma vez que o sujeito passivo da obrigação, responsável pelo pagamento do imposto, transfere o ônus tributário para o adquirente do produto que, de fato, suporta o encargo financeiro, havendo, portanto, uma repercussão tributária. No caso dos tributos diretos o encargo financeiro é suportado pelo próprio sujeito passivo, constituindo-se em contribuinte de direito, conforme definido pela legislação, e de fato, eis que suporta o ônus tributário, sendo o IR um exemplo clássico desta definição (AMARO, 2013).

O imposto territorial rural, também de competência da União<sup>32</sup>, embora a redação dada ao parágrafo 4.º do artigo 153 da CRFB/1988, incluído pela EC n. 42/2003, em seu inciso III, tenha dado aos Municípios a faculdade de fiscalizarem e cobrarem o ITR. Tem a função extrafiscal como predominante, no sentido de disciplinar a utilização da propriedade rural. Destaca-se como características principais deste imposto a sua progressividade, mediante a utilização de alíquotas que desestimulem a propriedade de terras improdutivas, além de considerar para a definição das mesmas a área do imóvel, o grau de utilização e das culturas exploradas, e sua não incidência nos casos de pequenas glebas exploradas pelo proprietário que não possua outros imóveis (BRASIL, 1988; BRASIL, 2003a).

O imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários, conhecido como imposto sobre operações financeiras (IOF), apesar de ter função predominantemente extrafiscal, permitindo à União intervir nas políticas de crédito, não pode ter sua função fiscal desprezada, haja vista ser bastante significativo o produto de sua arrecadação. As hipóteses de incidência do IOF, que se concretizadas constituem seu fato gerador, bem como a definição das bases de cálculo do tributo estão delineadas nos artigos 63 e 64 do CTN. Em razão de sua extrafiscalidade, as alíquotas do IOF poderão ser alteradas por ato do Poder Executivo, conforme autoriza o artigo 65 do CTN (AMARO, 2013; BRASIL, 1966; BRASIL, 1988).

O imposto sobre grandes fortunas, positivado na CRFB/1988 no inciso VII do artigo 153, necessita de lei complementar para sua instituição, fato que ainda não ocorreu, passados quase trinta anos da

---

<sup>32</sup> Conforme ensina Machado (2013, p. 349), “a Constituição de 1946 definia o ITR de competência estadual, sendo que após a EC 5/1961 passou à competência dos Municípios e com a EC 10/1964 passou à competência federal, o que foi mantido pela CRFB/1988.”

promulgação da Constituição. Os argumentos que justificam (ou não) as dificuldades para a tributação das grandes fortunas residem primeiramente na definição do que deve ser considerado grande fortuna, no estabelecimento de um *quantum* patrimonial que caracterize o fato gerador e, conseqüentemente, identifique os contribuintes. Também, o fato de os bens serem tributados quando de sua aquisição, seja por compra e venda (ITBI) ou doação (ITCMD), e pela tributação da renda quando de seu recebimento, estar-se-ia havendo tributação sobre fatos geradores de outros impostos, o que poderia causar incerteza sobre sua constitucionalidade (BRASIL, 1988, MACHADO, 2013).

Entretanto, a não edição de lei complementar que regulamente o imposto sobre grandes fortunas, nos termos da CRFB/1988, conduz a questionamentos sobre os reais interesses dos legisladores em estabelecê-lo.

O verdadeiro motivo da não instituição do imposto sobre grandes fortunas é de ordem política. Os titulares de grandes fortunas, se não estão investidos de poder, possuem inegável influência sobre os que o exercem. [...] quem manda no mundo, seja pelo poder, seja pela influência sobre os que o exercem, é sempre titular de grande fortuna, e certamente não vai admitir essa tributação (MACHADO, 2013, p. 355).

A CRFB/1988 autoriza, ainda, à União, instituir impostos extraordinários, conforme preceitua o inciso II, do artigo 154, independentemente de sua competência tributária, nos casos de guerra externa ou de sua iminência, devendo ser extinto após a cessação das causas que lhe deram origem. Não há qualquer indicação de hipóteses de incidência, bases de cálculo ou alíquotas para a efetivação deste imposto, o que se presume que ao legislador é dada ampla liberdade para estabelecê-las, podendo, inclusive, instituí-lo no âmbito de competências dos Estados e Municípios (BRASIL, 1988).

Embora a Constituição não estabeleça prazo para a cessação de eventual imposto extraordinário instituído, limitando-se a determinar no artigo 154 que “serão suprimidos, gradativamente, cessadas as causas de sua criação” (BRASIL, 1988, p. 1), o CTN estabelece em seu artigo 76 o prazo máximo de cinco anos contados da celebração da paz para que o mesmo seja suprimido (BRASIL, 1966), o que demonstra um

considerável lapso temporal entre o fim da guerra e a supressão completa do imposto extraordinário.

A possibilidade de instituição de um imposto extraordinário em caso de guerras das quais o Brasil participe surgiu apenas na Constituição de 1946, não havendo previsão deste imposto nas Constituições anteriores, o que é justificável pela participação brasileira na segunda guerra mundial encerrada um ano antes, em 1945. Portanto, o que dá suporte fático para a sua instituição é a efetiva participação brasileira no conflito.

Não é uma guerra externa qualquer, entre dois ou mais outros países, mesmo que acarrete consequências para a economia brasileira. O que justifica a regra de competência excepcional, de que se cuida, é a guerra. Não as possíveis consequências desta em nossa economia (MACHADO, 2013, p. 356).

Após breves considerações acerca dos impostos de competência federal, passa-se a analisar os três impostos de competência dos Estados e do Distrito Federal, que estão listados no artigo 155 da CRFB/1988, sendo o imposto sobre a circulação de mercadorias e serviços (ICMS) o que representa o maior ingresso de recursos aos cofres públicos estaduais, seguido dos impostos sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA) e sobre a transmissão *causa mortis* e doações (ITCMD). Posteriormente, serão descritos os impostos de competência municipal insertos no artigo 156 da CRFB/1988, sendo estes os impostos sobre serviços (ISS), sobre a propriedade predial e territorial urbana (IPTU) e sobre a transmissão onerosa de bens imóveis (ITBI) (BRASIL, 1988; AMARO, 2013).

O ICMS não foi uma novidade trazida pela CRFB/1988, uma vez que a Constituição anterior já previa sua existência, tendo-se, entretanto, ampliado seu campo de incidência, que até então estava restrito à circulação de mercadorias e passou a incidir também nas prestações de serviços de transportes intermunicipais e interestaduais e nos serviços de comunicações (BRASIL, 1988).

A própria CRFB/1988 estabelece um regramento detalhista acerca do imposto, com a previsão de alguns princípios a serem observados pelos Estados na legislação por eles editada para regular a matéria no âmbito de

seus territórios, destacando-se a não-cumulatividade<sup>33</sup> e o estabelecimento de imunidades<sup>34</sup>, além de dedicar vários parágrafos, incisos e alíneas para tratar de especificidades relativas à incidência, alíquotas, contribuintes, dentre outras, o que evidencia a complexidade deste tributo.

As determinações constitucionais relativas à matéria tributária estabelecem a exigência de LC para regulá-la. Em relação ao ICMS foi editada a LC 87/1996, conhecida como Lei Kandir, eis que editada quando Antônio Kandir era Ministro do Planejamento no governo de Fernando Henrique Cardoso, que uniformiza procedimentos e estabelece regras gerais relativos ao ICMS para todas as unidades federadas. No entanto, sendo de competência estadual, cada unidade federativa dispõe da prerrogativa de legislar sobre ele, havendo um regulamento próprio em cada Estado, que é instituído mediante Decreto do executivo estadual (BRASIL, 1996).

Assim, a LC 87/1996 deu origem, no Estado de Santa Catarina, à Lei Estadual 10.297/1996, instituindo o ICMS no Estado, sendo o regulamento aprovado pelo Decreto 1.790/1997 que vigorou até agosto de 2001, quando, então, foi editado o Decreto 2.870/2001, que aprovou o atual regulamento do ICMS de Santa Catarina (RICMS/SC). Da mesma forma, todos os demais Estados e o Distrito Federal possuem seus regulamentos, extremamente complexos, analíticos e extensos (SANTA CATARINA, 1996; SANTA CATARINA, 2001).

O ICMS representa a maior arrecadação<sup>35</sup> dentre os impostos estaduais, exercendo, portanto, a função fiscal dos tributos, que é de gerar receita para custear as despesas do Estado. Percebe-se, no entanto, que o ICMS é utilizado pelos Estados, por vezes, com função extrafiscal, especialmente no tocante à concessão de benefícios fiscais por parte das unidades federadas mais desenvolvidas no sentido de estimular a

---

<sup>33</sup> A não-cumulatividade do ICMS consiste na possibilidade de compensação do imposto devido na operação relativa à circulação de mercadorias ou prestação de serviços com os valores cobrados nas etapas anteriores, seja no próprio ou em outro Estado, tributando-se apenas a parcela de valor agregado (GORGES, 2008).

<sup>34</sup> As alíneas do Inciso X, do artigo 155, da CRFB/1988 estabelecem os fatos geradores beneficiados com a não incidência do ICMS, como as operações destinadas ao exterior e os serviços de radiodifusão e de imagens de livre e gratuita recepção (BRASIL, 1988).

<sup>35</sup> De acordo com a Secretaria de Estado da Fazenda de Santa Catarina, a arrecadação do ICMS representou, em 2016, 84,7% do total da arrecadação com impostos próprios (SEF, 2017).

instalação de empresas em seus territórios, o que desencadeia uma guerra fiscal entre Estados. Tal procedimento contraria preceito constitucional inserto no inciso I do artigo 151 da CRFB/1988, ao estabelecer que os incentivos fiscais devem ter o propósito de “promover o equilíbrio do desenvolvimento socioeconômico entre as diferentes regiões do país.” Portanto, vindo ao encontro do mandamento constitucional, a concessão de benefícios fiscais realizada por Estados menos desenvolvidos, com intuito de reduzir desigualdades sociais, encontra respaldo constitucional (BRASIL 1988, MACHADO, 2013; SANTA CATARINA, 2001).

Ao atribuir-se função fiscal ou extrafiscal a determinado tributo há que se fazê-lo com relatividade, pois se percebe que mesmo aqueles com função eminentemente fiscal apresentam uma certa dose de extrafiscalidade. Neste sentido, não há um tributo com função puramente fiscal ou puramente extrafiscal, o que há é a predominância de uma função em relação à outra, com a noção de complementaridade. Becker (2007, p. 633), ao sustentar a coexistência das duas funções tributárias, entende que da observação de que os tributos extrafiscais estão continuamente crescendo em variedade e importância econômica, não se deve concluir que se chegará a uma fase e que a tributação extrafiscal sobrepujará a fiscal. [...]. Na construção jurídica de todos e de cada tributo, nunca mais estará ausente o finalismo extrafiscal, nem será esquecido o fiscal. Ambos coexistirão sempre agora de um modo consciente e desejado – na construção jurídica de cada tributo; apenas haverá maior ou menor prevalência neste ou daquele sentido, a fim de melhor estabelecer o equilíbrio econômico social do orçamento cíclico.

Cabe salientar que as obrigações tributárias relativas ao pagamento do ICMS podem recair em pessoa diversa do contribuinte, que pratica o fato gerador, ao atribuir a responsabilidade de pagar o tributo ao fabricante do produto ou ao importador, pelas operações subsequentes, mediante o arbitramento pela autoridade fazendária de uma base de cálculo presumida, havendo neste caso uma substituição tributária, disciplinada no Anexo 3 do RICMS/SC. Tal sistemática tem se mostrado eficiente no combate à sonegação e, conseqüentemente, representa um instrumento importante no aumento da receita tributária advinda do ICMS (GORGES, 2008; SANTA CATARINA, 2001).

Em razão de seu pagamento se dar anteriormente à ocorrência do fato gerador e utilizar base de cálculo presumida pelo fisco, que por

muitas vezes não guarda relação com a realidade praticada, foi motivo de demandas judiciais movidas por contribuintes do imposto sob o argumento de inconstitucionalidade, o que foi rechaçado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da ação direta de inconstitucionalidade (ADIN) n. 1.851-AL, ainda em 2002 (GORGES, 2008; MACHADO, 2013).

Com a imposição de medidas que tendem a aumentar a arrecadação do ICMS, os regulamentos estaduais sofrem constantes e volumosas alterações, principalmente no tocante à entrada em seus territórios de produtos advindos de outras unidades da federação, obrigando os contribuintes a conhecerem a sempre complexa e analítica legislação de todos Estados.

Ainda na competência tributária estadual tem-se o IPVA, tributo incidente na propriedade de veículos automotores, disposto no artigo 155, inciso III, da CRFB/1988, instituído no Estado de Santa Catarina pela Lei Estadual n. 7.543 de 30/12/1988 e regulamentado pelo Decreto SC n. 2.993/1989, que aprovou o Regulamento do IPVA (RIPVA). Sua função é preponderantemente fiscal, tendo o produto de sua arrecadação dividido na proporção de 50% para o Estado e 50% para o Município onde o veículo está registrado (BRASIL, 1988). Considerando a competência estadual do IPVA, cada unidade federativa dispõe de um regulamento próprio no qual são estabelecidas as disposições atinentes ao imposto, como base de cálculo, alíquotas e isenções (SANTA CATARINA, 1989).

Também de considerável relevância para os orçamentos estaduais, o ITCMD tem por fato gerador a transmissão *causa mortis* ou doação, a qualquer título, de propriedade de bens imóveis, bens móveis, direitos reais sobre bens móveis e imóveis, títulos e créditos. Tem sua base legislativa estribada na CRFB/1988, no artigo 155, inciso I, e em Santa Catarina é regido pela Lei n. 13.136/2004 e regulamentado pelo Decreto n. 2.884/2004. O ITCMD apresenta função fiscal, no sentido de gerar recursos para a gestão estatal e apresenta alíquotas progressivas<sup>36</sup> em

---

<sup>36</sup> De acordo com o regulamento catarinense do ITCMD, para parentes em linha reta:

1% sobre a parcela de base de cálculo igual ou inferior a R\$ 20.000,00;

3% sobre a parcela de base de cálculo que exceder a R\$ 20.000,00 e igual ou inferior a R\$ 50.000,00.

5% sobre a parcela de base de cálculo que exceder a R\$ 50.000,00 e igual ou inferior a R\$ 150.000,00.

7% sobre a parcela de base de cálculo que exceder a R\$ 150.000,00.

razão dos valores recebidos pelo donatário ou sucessor, no caso das transmissões em linha reta, e uma alíquota única para as transmissões em linha colateral ou sem relação de parentesco (SANTA CATARINA, 2004).

Relativamente aos impostos de competência municipal, descritos no artigo 156 da CRFB/1988, o que abarca maior número de contribuintes é o IPTU, incidente sobre a propriedade predial e territorial urbana. A primeira Constituição Republicana, de 1891, em seu artigo 9.º, previa a competência exclusiva dos Estados para cobrança de imposto sobre a propriedade de imóveis rurais e urbanos. Já a Constituição de 1934 previu a competência municipal para o imposto predial e territorial urbano e sobre a renda de imóveis rurais e a Constituição de 1937 atribuiu aos Estados o imposto sobre a propriedade rural e aos Municípios o imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana. A Constituição de 1946, com a redação dada pelas Emendas Constitucionais n. 5/1961 e n. 10/1964, previa dois tributos distintos, o imposto predial e o imposto sobre a propriedade territorial urbana, ambos de competência municipal, transferindo à União o imposto territorial rural. A CRFB/1988 manteve a competência então estabelecida pela Constituição anterior, apenas consolidou os impostos predial e sobre a propriedade territorial urbana em um só imposto, o IPTU (BRASIL, 1891; BRASIL, 1934; BRASIL, 1937; BRASIL, 1946; BRASIL, 1988).

Embora a função do IPTU seja basicamente fiscal, pode-se entendê-lo como sendo, também, extrafiscal nos casos em que a municipalidade adote alíquotas progressivas em razão do valor atribuído ao imóvel ou alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e o uso do bem, conforme facultam os incisos I e II, do parágrafo 1.º, do artigo 156 da CRFB/1988. Importante asseverar que o texto da Carta Magna autoriza o Poder Público municipal a adotar medidas coercitivas para que o proprietário de área urbana não edificada promova seu adequado aproveitamento, conforme descreve o artigo 182, parágrafo 4.º, atribuindo-lhe sanções<sup>37</sup> caso tais medidas não sejam cumpridas (BRASIL, 1988).

---

Quando o sucessor ou donatário for parente colateral ou não tiver relação de parentesco com o *de cuius* ou doador a alíquota será de 8% sobre a base de cálculo (SANTA CATARINA, 2004).

<sup>37</sup> As medidas a que se refere o § 4º do artigo 182 da CRFB/1988 preveem desde o parcelamento do solo ou sua edificação compulsória até a desapropriação do imóvel (BRASIL, 1988).

O imposto sobre a transmissão *inter vivos* de bens imóveis, por ato oneroso, é também de competência dos Municípios, conforme previsão do inciso II, do artigo 156 da CRFB/1988, tendo-se alterado esta competência em relação às Constituições anteriores, que previam a competência dos Estados. Tal competência foi alterada na Constituição de 1946 por meio da edição da EC n. 5/1961. No Município de Criciúma-SC, o ITBI é regulado pela Lei 2.375/1988 (BRASIL, 1946; BRASIL, 1988).

A função do ITBI é puramente fiscal, não se vislumbrando uma situação fática que lhe caracterize função extrafiscal. O fato gerador do ITBI é a transmissão onerosa de bens imóveis, uma vez que a cessão gratuita enseja a incidência do ITCMD, de competência estadual. A base de cálculo do imposto é o valor do negócio jurídico havido entre as partes (via de regra comprador e vendedor), embora o poder público municipal estabeleça valores mínimos para sua incidência de acordo com a área e a localização do imóvel, conforme estabelece o artigo 5.º da Lei municipal, a qual prevê, em seu artigo 6.º, alíquota de 2% a incidir sobre a base de cálculo estabelecida. (CRICIUMA, 1988; MACHADO, 2013).

Também de competência municipal, o imposto sobre serviços é uma importante fonte de recursos para a maioria das prefeituras municipais, embora alguns Municípios não possuam estrutura administrativa para sua arrecadação (MACHADO, 2013). Sua previsão legal está amparada no artigo 156, inciso III da CRFB/1988 e na LC 116/2003. No Município de Criciúma o ISS é regulado pela LC Municipal n. 35/2004 (BRASIL, 1988; BRASIL, 2003b; CRICIÚMA, 2004).

Tanto a LC 116/2003, de âmbito federal, quanto a LC 35/2004, de alcance no Município de Criciúma-SC, estabelecem a descrição dos serviços passíveis de serem tributados pelo ISS, sendo que esta última descreve juntamente à lista de serviços a alíquota a ser aplicada sobre o valor contratado, que se constituiu em sua base de cálculo.

A LC 116/2003 dispõe sobre as regras gerais do ISS a serem observadas por todos os Municípios e o Distrito Federal quando de seu regramento nos territórios locais, ao estabelecer incidência, imunidades, alíquotas máxima e mínima e, principalmente, o Município credor do imposto nos casos em que a prestação do serviço ocorre em local diverso daquele em que estabeleceu o prestador, fato que enseja debates acerca da interpretação do que seja ‘estabelecimento prestador’, resultando em posicionamentos conflituosos objeto de demandas judiciais (MACHADO, 2013). Parece, no entanto, que tais conflitos resultam de uma leitura equivocada do artigo 3º da LC 116/2003, uma vez esta determinar de maneira clara que “o serviço considera-se prestado, e o

imposto, devido, no local do estabelecimento prestador ou, na falta do estabelecimento, no local do domicílio do prestador, exceto nas hipóteses previstas nos incisos I a XXV [...]” (BRASIL, 2003b).

Desta forma, a julgar pelas exceções previstas expressamente nos incisos referenciados, que consideram o imposto devido no local onde foram executados, todos os demais serviços constantes na lista anexa à LC 116/2003 devem ser tributados pelo Município onde se localiza o estabelecimento prestador.

Assim, os impostos desempenham uma importante função na administração do Estado, vindo a garantir grande parte da receita tributária necessária para que os entes públicos desempenhem seu papel de garantidor dos direitos fundamentais.

As taxas constituem espécie tributária comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, que podem ser instituídas “em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição”, conforme preceitua o inciso II, do artigo 145 da CRFB/1988 (AMARO, 2013, p. 50).

Diversamente dos impostos, cujo fato gerador não possui vinculação a uma atividade estatal, as taxas são tributos vinculados, no sentido de terem “seu fato gerador vinculado a uma atividade estatal relativa ao contribuinte” (MACHADO, 2013, p. 437). Neste sentido de vinculação do pagamento a uma contraprestação estatal, o artigo 77 do CTN estabelece que

as taxas cobradas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, têm como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição (BRASIL, 1966).

Assim, a instituição de taxas pelos entes políticos admite duas possibilidades, tidas como fato gerador. Ao se referir ao exercício do poder de polícia<sup>38</sup>, definido no artigo 78 do CTN, a administração zela

---

<sup>38</sup> Machado (2013) entende que a utilização do termo ‘poder de polícia’ para definir o fato gerador das taxas é equivocada, uma vez que esta não é atividade da administração, mas sim do Estado, sendo correto a utilização do termo ‘atividade de polícia’, embora o primeiro termo seja o utilizado na legislação e na doutrina.

pelo interesse público, coletivo, mediante a imposição de limites aos interesses e liberdades individuais. Ao tratar de serviço público prestado ou posto à disposição do contribuinte, concede à taxa um efeito remuneratório ao Estado, em razão do serviço por ele prestado ou disponibilizado, embora não se perceba uma relação equivalente entre o serviço prestado e o valor efetivamente cobrado por sua prestação (ÁVILA, 2007, PEGAS, 2007).

De maneira bastante didática, Machado (2013, p. 441) sintetiza o fato gerador e a consequente incidência deste tributo, ao sustentar que

Se o serviço não é de utilização compulsória, só a sua utilização efetiva enseja a cobrança da taxa. Se a utilização é compulsória, ainda que não ocorra efetivamente essa utilização, a taxa poderá ser cobrada. Em qualquer caso é indispensável que a atividade estatal, vale dizer, o serviço público específico e divisível, encontre-se em efetivo funcionamento [...] à disposição do contribuinte.

Embora geralmente as taxas sejam quantificadas em valores predefinidos, de acordo com a natureza das mesmas, não há qualquer óbice em que sejam definidas base de cálculo e alíquota para seu recolhimento aos cofres públicos. Entretanto, para definição da base de cálculo há que ser observado o disposto no parágrafo 2.º do artigo 145 da CRFB/1988, que veda a instituição de taxas com base de cálculo própria de impostos. Tal vedação também é verificada no parágrafo único do artigo 77 do CTN, ao estabelecer que “a taxa não pode ter base de cálculo ou fato gerador idênticos aos que correspondam a imposto nem ser calculada em função do capital das empresas.” (BRASIL, 1966, p. 1; FABRETTI, 2015; MACHADO, 2013).

A contribuição de melhoria constitui a terceira espécie tributária elencada no artigo 145 da CRFB/1988, onde, em seu inciso III, prevê sua instituição pelos entes políticos quando da realização de obras públicas. De maneira mais analítica, o artigo 81 do CTN esclarece que a realização de obra pública somente se converte em fato gerador do tributo se dela resultar em valorização imobiliária, impondo limites máximos para pagamento, tendo a despesa realizada como limite total e o valor do acréscimo de valor ao imóvel beneficiado como limite individual (BRASIL, 1966; BRASIL, 1988, FABRETTI, 2015).

Assim como as taxas, a contribuição de melhoria é caracterizada como tributo vinculado. Há, portanto, uma atividade estatal relativa ao

contribuinte que justifica seu fato gerador, desde que haja valorização imobiliária no imóvel pertencente ao contribuinte. Aí reside importante fundamento da contribuição de melhoria, uma vez que “não é justo, então, que o proprietário do imóvel valorizado em decorrência da obra pública aufera sozinho essa vantagem para a qual contribuiu toda a sociedade”, devendo o proprietário repor o valor gasto com a obra, ou ao menos parte dele (MACHADO, 2013, p. 449).

Ressalta-se, mais uma vez, que não é a realização da obra pública que constitui fato gerador da contribuição de melhoria, mas sim a valorização imobiliária dela advinda, uma vez que se da obra não resultar valorização do imóvel não há que se falar em incidência do tributo. Ao contrário, se dela resultar desvalorização do bem, poderá o proprietário pleitear indenização compensatória, na esfera do direito civil.

Além das espécies tributárias até então verificadas, a CRFB/1988 autoriza a União a instituir contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, em caráter de exclusividade, ou seja, os demais entes políticos não possuem competência comum, sendo esta privativa do governo federal, conforme disciplina o artigo 149 (BRASIL, 1988).

Art. 149. Compete exclusivamente à União instituir contribuições sociais, de intervenção no domínio econômico e de interesse das categorias profissionais ou econômicas, como instrumento de sua atuação nas respectivas áreas, observado o disposto nos arts. 146, III, e 150, I e III, e sem prejuízo do previsto no art. 195, § 6º, relativamente às contribuições a que alude o dispositivo.

Distintamente dos tributos vistos anteriormente, esta espécie tributária caracteriza-se por ter o produto de sua arrecadação vinculado à determinada atividade, com nítida função extrafiscal ou até mesmo parafiscal, no caso das contribuições de interesse das categorias profissionais, como as anuidades pagas à Ordem dos advogados do Brasil (OAB) ou aos Conselhos Regionais de Contabilidade (CRC), e as contribuições sociais, destinadas ao financiamento da seguridade social, que se constituem em receita de orçamentos próprios, não havendo (ou não devendo) ingresso de recursos no Tesouro Nacional (AMARO, 2013; DENARI, 2008; MACHADO, 2013).

Na lição de Amaro (2013, p. 105-106), as contribuições possuem uma característica própria, determinada pela

destinação à determinada atividade, exercitável por entidade estatal ou paraestatal, ou por entidade não estatal reconhecida pelo Estado como necessária ou útil à realização de uma função de interesse público. [...] ou seja, a atividade a cuja execução se destina a receita arrecadada não é necessariamente referível ao contribuinte, embora possa sê-lo [...] o que sobressai é a destinação do tributo àquela atuação específica.

A contribuição de intervenção no domínio econômico (CIDE) apresenta função extrafiscal, na medida em que sua instituição objetiva corrigir algum desvio de mercado que interfira na política econômica nacional. É bem verdade que outros tributos também possuem função extrafiscal, mas no caso específico desta contribuição, o valor arrecadado deve ser integralmente aplicado para financiar a intervenção econômica que justificou a instituição do tributo, em respeito à sua natureza jurídica (AMARO, 2013; FABRETTI, 2015).

As contribuições sociais caracterizam-se de fundamental importância para a seguridade social e, conseqüentemente, para a saúde, uma vez que os recursos arrecadados por meio delas irão constituir, juntamente com outras receitas, orçamento autônomo, conforme previsão do artigo 165, parágrafo 5.º, inciso III, da CRFB/1988, ao dispor que a lei orçamentária anual compreenderá “o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.” (BRASIL, 1988, p. 1).

Desta forma, as contribuições sociais descritas nos incisos do artigo 195 da CRFB/1988, com a redação dada pela EC n. 20/1998, devem ter o produto de sua arrecadação transferidos integralmente para a seguridade social, em obediência ao que estabelece o *caput* do próprio artigo 195<sup>39</sup>, pois se constitui em uma das formas de financiamento ali determinadas (BRASIL, 1988, BRASIL, 1998). Assim, não seria possível a transferência destes recursos para o Tesouro da União, devendo ser transferidos de forma direta para o orçamento da seguridade social. No entanto, afirma Machado (2013, p. 428-429) que o STF

---

<sup>39</sup> Conforme estabelece o artigo 195 da CRFB/1988, “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: [...]” (BRASIL, 1988).

Decidiu ser possível a cobrança da COFINS e da CSL pela União, que atuaria como simples intermediária, e repassaria os recursos correspondentes ao INSS. Em consequência, ditas contribuições foram convertidas em verdadeiros impostos, dos quais a União repassa para o INSS apenas o necessário para cobrir o déficit orçamentário daquela autarquia, que seria superavitária se lhe fosse permitido arrecadar todas as contribuições que a Constituição de 1988 atribuiu à seguridade social.

Pois bem, as contribuições sociais que devem compor o orçamento da seguridade social e estão dispostas no artigo 195 da CRFB/1988 são:

- a) Contribuições do empregador incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos à pessoa física: Conforme estabelece o artigo 22 da Lei 8.212/1991,

Art. 22. A contribuição a cargo da empresa, destinada à Seguridade Social, além do disposto no art. 23, é de:

- I - vinte por cento sobre o total das remunerações pagas, devidas ou creditadas a qualquer título, durante o mês, aos segurados empregados e trabalhadores avulsos que lhe prestem serviços, destinadas a retribuir o trabalho, qualquer que seja a sua forma, inclusive as gorjetas, os ganhos habituais sob a forma de utilidades e os adiantamentos decorrentes de reajuste salarial, quer pelos serviços efetivamente prestados, quer pelo tempo à disposição do empregador ou tomador de serviços, nos termos da lei ou do contrato ou, ainda, de convenção ou acordo coletivo de trabalho ou sentença normativa (BRASIL, 1991, p. 1).

Ante a esta determinação, é obrigatório ao empregador o pagamento de 20%, em regra, calculados sobre o total da remuneração paga aos trabalhadores na forma de salário ou outro rendimento do trabalho, e paga aos administradores das empresas na forma de pró-labore, como contribuição previdenciária patronal (CPP) para a seguridade social. Já relativamente à contribuição do empregador

doméstico, a alíquota da CPP aplicada é de 8% sobre o salário do empregado, conforme recente alteração promovida pela Lei 13.202/2015 ao artigo 24 da Lei 8.212/91 (BRASIL, 1991; BRASIL, 2015).

- b) Contribuições de pessoas jurídicas incidentes sobre o faturamento ou receita: A legislação tributária prevê a incidência de contribuições sociais sobre o faturamento ou receita das pessoas jurídicas em três hipóteses: A contribuição ao Programa de Integração Social (PIS) e ao Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), a contribuição para financiamento da seguridade social (COFINS) e a contribuição previdenciária sobre a receita bruta (CPRB).

A contribuição ao PIS foi instituída pela LC n. 7/1970, com o objetivo, destacado em seu artigo 1.º, de “promover a integração do empregado na vida e no desenvolvimento das empresas” (BRASIL, 1970a, p. 1). A contribuição ao PASEP foi criada pela LC n. 8/1970, com objetivos similares ao PIS, mas tendo como destinatários os servidores públicos. Com a edição da LC n. 26/1975, as contribuições foram unificadas passando a ser denominadas PIS/PASEP (BRASIL, 1970b; BRASIL, 1975). A partir da promulgação da CRFB/1988, conforme comando do artigo 239, os recursos arrecadados pelas contribuições ao PIS/PASEP foram destinados ao financiamento do seguro desemprego e ao pagamento de abono aos empregados e funcionários públicos que preenchem os requisitos dispostos no parágrafo § 3.º deste artigo<sup>40</sup>. A contribuição para financiamento da seguridade social (COFINS) foi instituída pela LC 7/1991, destinada a financiar as despesas com atividades-fim das áreas de saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 1988; HIGUCHI; HIGUCHI; HIGUCHI, 2011).

O PIS/PASEP e a COFINS têm sua base de incidência no faturamento mensal das pessoas jurídicas e a legislação que os regula sofreu profundas alterações desde sua instituição, introduzidas pelas Leis 9.718/1998, 10.637/2002 e 10.833/2003, especialmente no tocante à forma de apuração e às alíquotas. A novidade trazida por estas últimas

---

<sup>40</sup> CRFB/1988, art. 239, § 3º “Aos empregados que percebam de empregadores que contribuem para o Programa de Integração Social ou para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, até dois salários mínimos de remuneração mensal, é assegurado o pagamento de um salário mínimo anual, computado neste valor o rendimento das contas individuais, no caso daqueles que já participavam dos referidos programas, até a data da promulgação desta Constituição” (BRASIL, 1988).

refere-se a não cumulatividade da contribuição, no sentido de compensar os valores pagos sobre determinados custos e despesas, para empresas que apurem o resultado pelo regime tributário do lucro real, mantendo-se, todavia, o regramento anterior (da cumulatividade) para empresas que apuram o imposto de renda pela sistemática do lucro presumido ou arbitrado (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003d; PÊGAS, 2007).

Os conceitos de faturamento e receita bruta para fins de incidência do PIS/PASEP e da COFINS foi objeto de profundas discussões, no sentido de estabelecer-se a sua correta base de cálculo, se somente as receitas da atividade operacional da empresa ou a totalidade de receitas. Com a edição da Lei 12.973/2014, que alterou a redação dos artigos que tratavam desses conceitos nas referidas leis, restou cristalino que as pessoas jurídicas que adotam a não cumulatividade devem utilizar como base de cálculo a totalidade das receitas, independentemente de sua classificação contábil, enquanto que as que optam pela modalidade cumulativa utilizam apenas o faturamento, entendido este como o somatório das atividades operacionais da organização (BRASIL, 1998; BRASIL, 2002; BRASIL, 2003d; BRASIL, 2014; FABRETTI, 2015).

As alíquotas do PIS/PASEP e da COFINS são determinadas em razão da atividade, dos produtos comercializados e do regime de apuração do imposto de renda adotado pela pessoa jurídica. Há, contudo, um regramento geral regulado pelas referidas leis que estabelece alíquotas de 0,65% e 3% para os contribuintes da modalidade cumulativa e 1,65% e 7,6% para os contribuintes da modalidade não-cumulativa, a título de PIS/PASEP e COFINS, respectivamente (BRASIL, 1998; BRASIL 2002; BRASIL 2003; FABRETTI, 2015).

Importante destacar que a Lei 12.546/2011 trouxe uma nova espécie de contribuição social para financiamento da seguridade social, que incide sobre o faturamento de empresas de determinados setores econômicos, em substituição a contribuição incidente sobre a remuneração paga aos segurados pelas organizações privadas, conforme disciplina o artigo 7º da citada lei<sup>41</sup> (BRASIL, 2011b).

A instituição desta nova modalidade de contribuição social sobre a receita das pessoas jurídicas atende antiga reivindicação de classes empresariais, no sentido de promover o que se convencionou chamar de ‘desoneração da folha’, ao obrigar empresas integrantes de segmentos

---

<sup>41</sup> Lei 12546/2011, art. 7º “Poderão contribuir sobre o valor da receita bruta, excluídos as vendas canceladas e os descontos incondicionais concedidos, em substituição às contribuições previstas nos incisos I e III do caput do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991” (BRASIL, 2011).

empresariais predeterminados a substituir o pagamento da contribuição social incidente sobre a folha de salários por esta nova modalidade. Entretanto, esta substituição compulsória nem sempre refletia a desoneração pretendida, em razão de variáveis específicas relativas ao faturamento e ao custo da mão-de-obra que cada organização apresenta, sendo que em algumas delas verificou-se aumento de carga tributária com a adoção da nova sistemática. Diante desta realidade, a União editou a Lei 13.161/2015, que alterou os artigos 7.º, 7.ºA e 8.º da Lei 12.546/2011, tornando a ‘desoneração da folha’ facultativa às empresas dos segmentos econômicos relacionados, o que possibilitou que cada entidade empresarial possa optar pela forma de contribuição que lhe seja menos onerosa. Recente alteração, por meio da Medida Provisória n. 774/2017, alterou novamente a legislação citada e restringiu a possibilidade de adoção da CPRB. As alíquotas incidentes sobre a receita bruta são de 1,5%, 2% ou 4,5%, de acordo com a atividade empresarial exercida (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015).

c) Contribuições de pessoas jurídicas incidentes sobre o lucro: A contribuição social sobre o lucro das pessoas jurídicas (CSLL) foi instituída pela Lei 7.689/1988, com a finalidade de financiar a seguridade social. Após sua criação a CSLL sofreu inúmeras alterações, principalmente em relação às suas alíquotas, que variam de acordo com a atividade da organização. Como regra geral, sua alíquota é de 9% a incidir sobre a base de cálculo do lucro real, presumido ou arbitrado, conforme estabelece o artigo 3.º, inciso III, da referida Lei (BRASIL, 1988b; OLIVEIRA, 2013).

d) Contribuição social do trabalhador e demais segurados da previdência social: A classe trabalhadora contribui para a seguridade social mediante incidência tributária sobre a folha de salários, a ser retida pelo empregador e repassada à Receita Federal do Brasil (RFB), que administra seu recolhimento. A alíquota incidente sobre o valor dos salários dos trabalhadores poderá ser de 8%, 9% ou 11%, conforme o *quantum* percebido, de acordo com o artigo 20 da Lei 8.212/91. Em relação à contribuição incidente sobre o pró-labore dos administradores das pessoas jurídicas, esta será sempre de 11%, independentemente do valor recebido (BRASIL, 1991).

e) Contribuição social sobre a receita de concursos de prognósticos: Esta contribuição é constituída pela renda líquida dos concursos de prognósticos, assim entendida como o total da arrecadação, deduzidos os valores relativos ao pagamento dos

prêmios, dos impostos e das despesas de administração. A definição de concurso de prognóstico está disposta no artigo 26, § 1.º, da Lei 8.212/1991, que assim dispõe:

Consideram-se concursos de prognósticos todos e quaisquer concursos de sorteios de números, loterias, apostas, inclusive as realizadas em reuniões hípcas, nos âmbitos federal, estadual, do Distrito Federal e municipal (BRASIL, 1991, p. 1).

- f) Contribuição social do importador de bens e serviços do exterior: Esta possibilidade de incidência tributária foi acrescentada à CRFB/1988 por meio da EC n. 42/2003, que resultou na Lei 10.865/2004, a qual instituiu a COFINS-Importação, incidente nas importações de bens e serviços do exterior, tendo como fato gerador a entrada de bens estrangeiros no território nacional ou o pagamento a residentes no exterior como contraprestação por serviço prestado, incidindo sobre o valor aduaneiro, no caso de entrada de produtos, e sobre o valor pago, no caso de prestação de serviços, com alíquotas de 9,25% e 7,6%, respectivamente, conforme estabelece a Lei 10.865/2004 (BRASIL, 2003d; BRASIL, 2004).

Uma nova espécie tributária foi introduzida no ordenamento jurídico brasileiro por meio da EC n. 39/2002, acrescentando o artigo 149-A no texto na CRFB/1988, no capítulo destinado ao sistema tributário nacional, no sentido de permitir aos Municípios e ao Distrito Federal a possibilidade de que os mesmos instituam contribuição para o custeio dos serviços de iluminação pública, facultando sua cobrança na conta de energia elétrica dos contribuintes. A EC n. 39/2002 foi a alternativa criada pelo legislador constituinte derivado para atender reivindicação dos gestores municipais ante a extinção da taxa de iluminação pública (TIP), considerada inconstitucional pelo STF<sup>42</sup> (BRASIL, 1988, MACHADO, 2013).

Houve, portanto, inovação ao sistema tributário, uma vez que os critérios estabelecidos pelo próprio texto constitucional disciplinam que os serviços públicos devem ser remunerados por taxas, desde que

---

<sup>42</sup> De acordo com a definição do art. 145, II da CRFB/1988, as taxas possuem como requisito para sua instituição a prestação de serviços públicos específicos e divisíveis (BRASIL, 1988), o que não ocorria com TIP, sendo esta, portanto, considerada inconstitucional pelo STF por meio da Súmula 670: “O serviço de iluminação pública não pode ser remunerado mediante taxa” (BRASIL, 2003e).

divisíveis e específicos (artigo 145, II). Assim, embora a natureza jurídica do fato gerador seja ‘de taxa’, o legislador atribuiu-lhe a denominação de contribuição, em clara afronta ao artigo 4.º do CTN<sup>43</sup>. Ao analisar o controvertido tema, o Ministro do STF, Ricardo Lewandowski, entendeu pela existência de um tributo novo, que não se enquadra em quaisquer das hipóteses previstas na CRFB/1988 pelo constituinte originário.

A meu ver, a COSIP constitui um novo tipo de contribuição, que refoge aos padrões estabelecidos nos arts. 149 e 195 da Constituição Federal. Cuidase, com efeito, de uma exação subordinada a disciplina própria, qual seja, a do artigo 149-A, da CF, sujeita, contudo, aos princípios constitucionais tributários, visto enquadrar-se inequivocamente, no gênero tributo (BRASIL, 2009b, p. 1).

Os empréstimos compulsórios constituem uma categoria tributária à parte, eis que restituíveis aos contribuintes. Está capitulado no artigo 148 da CRFB/1988, sendo de atribuição exclusiva da União, que poderá instituí-los “para atender a despesas extraordinárias, decorrentes de calamidade pública, de guerra externa ou sua iminência”, ou ainda “no caso de investimento público de caráter urgente e de relevante interesse nacional”. O CTN, por sua vez, em seu artigo 15, justifica sua instituição quando se apresenta “conjuntura que exija a absorção temporária de poder aquisitivo” (BRASIL, 1966, p. 1; BRASIL, 1988, p. 1).

Embora haja divergência acerca da natureza tributária dos empréstimos compulsórios<sup>44</sup> em razão de o produto de sua cobrança não constituir receita, uma vez que haverá restituição ao contribuinte, pode-se entendê-lo como tributo restituível, pois presentes as características atinentes ao gênero tributário (AMARO, 2013). Assim, tem-se como características deste tributo, além de sua restituição, a necessidade de a Lei que o instituiu determinar o prazo de vigência e a forma de seu resgate, além da obrigatoriedade de que os valores arrecadados sejam vinculados à despesa que fundamentou sua instituição, conforme

---

<sup>43</sup> Lei 5172/1966, art. 4º. “A natureza jurídica específica do tributo é determinada pelo fato gerador da respectiva obrigação, sendo irrelevantes para qualificá-la: I - a denominação e demais características formais adotadas pela lei; II - a destinação legal do produto da sua arrecadação” (BRASIL, 1966).

<sup>44</sup> Hugo de Brito Machado (2013) entende que os empréstimos compulsórios constituem uma categoria jurídica autônoma, com identidade própria, não o considerando com espécie tributária.

determinam as disposições tanto da CRFB/1988 quanto do CTN (BRASIL, 1966, BRASIL, 1988).

As espécies tributárias referidas anteriormente, passíveis de serem instituídas pelos entes políticos de acordo com a competência territorial atribuída a cada um deles, devem seguir rigoroso trâmite legislativo para vigorarem, observando todos os preceitos constitucionais.

### 3.2.3 Princípios constitucionais tributários

Os artigos 150 a 152 da CRFB/1988 mencionam os limites ao poder de tributar conferido aos entes políticos, estabelecendo princípios tributários a serem observados por todas as normas jurídicas que regulam o direito tributário, sendo pressupostos para a criação de novos tributos ou da majoração de alíquotas. Dentre estes princípios destacam-se o da legalidade, da irretroatividade, da anterioridade e da isonomia, que funcionam como garantia aos contribuintes do poder discricionário do Estado (BRASIL, 1988; DENARI, 2008).

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

I - exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça;

II - instituir tratamento desigual entre contribuintes que se encontrem em situação equivalente, proibida qualquer distinção em razão de ocupação profissional ou função por eles exercida, independentemente da denominação jurídica dos rendimentos, títulos ou direitos;

III - cobrar tributos:

a) em relação a fatos geradores ocorridos antes do início da vigência da lei que os houver instituído ou aumentado;

b) no mesmo exercício financeiro em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou;

c) antes de decorridos noventa dias da data em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou, observado o disposto na alínea b;

[...]

§ 1º A vedação do inciso III, *b*, não se aplica aos tributos previstos nos arts. 148, I, 153, I, II, IV e V; e 154, II; e a vedação do inciso III, *c*, não

se aplica aos tributos previstos nos arts. 148, I, 153, I, II, III e V; e 154, II, nem à fixação da base de cálculo dos impostos previstos nos arts. 155, III, e 156, I.

[...]

Art. 151. É vedado à União:

- I - instituir tributo que não seja uniforme em todo o território nacional ou que implique distinção ou preferência em relação a Estado, ao Distrito Federal ou a Município, em detrimento de outro, admitida a concessão de incentivos fiscais destinados a promover o equilíbrio do desenvolvimento sócio-econômico entre as diferentes regiões do País;
- II - tributar a renda das obrigações da dívida pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como a remuneração e os proventos dos respectivos agentes públicos, em níveis superiores aos que fixar para suas obrigações e para seus agentes;
- III - instituir isenções de tributos da competência dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

Art. 152. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer diferença tributária entre bens e serviços, de qualquer natureza, em razão de sua procedência ou destino (BRASIL, 1988, p 1).

No entanto, outras limitações ao poder de tributar podem ser encontradas em outros artigos da Constituição, que não os citados acima, mas “em normas esparsas de outros capítulos da Constituição, como o dos direitos e garantias individuais, da seguridade social e da ordem econômica”, impondo limites formais, quantitativos e materiais de algum tributo em espécie (AMARO, 2013, p. 128).

Da leitura do inciso I do artigo 150, tem-se delineado o princípio basilar do sistema tributário brasileiro, qual seja, o da legalidade. Ao vedar aos entes federados a exigência ou aumento de tributo sem lei que o estabeleça, a CRFB/1988 consagra ao direito tributário a mesma garantia conferida aos cidadãos no artigo 5.º, inciso II, protegendo os contribuintes contra eventuais arbítrios do poder público, o que foi previsto pela vez primeira em 1215, na Magna Carta Inglesa do Rei João Sem Terra (AMARO, 2013; FABRETTI, 2015).

O princípio da legalidade, no entanto, não se consubstancia na simples autorização legislativa para sua validade jurídica, devendo abarcar as condições que identifiquem o contribuinte, como o fato gerador, a base de cálculo, além de outras indispensáveis para a cobrança do tributo. Assim,

A legalidade não se conforma com a mera autorização de lei para cobrança de tributos; requer-se que a própria lei defina todos os aspectos pertinentes ao fato gerador, necessários à quantificação do tributo devido em cada situação concreta que venha a espelhar a situação hipotética descrita na lei (AMARO 2013, p. 134).

Ressalta-se que o aumento do tributo não se opera apenas pela majoração de sua alíquota, mas também pela alteração de sua base de cálculo, no sentido de torná-lo mais oneroso, exceto se esta alteração constituir simples atualização monetária, conforme preveem os parágrafos 1.º e 2.º do artigo 97 do CTN (BRASIL, 1966).

O inciso II do artigo 150 da CRFB/1988, ao vedar tratamento desigual entre contribuintes em situação equivalente, consagra o princípio da isonomia tributária, analogamente ao estabelecido no artigo 5.º da Carta Magna, que preconiza igualdade perante a lei sem distinção de qualquer natureza (BRASIL, 1988). O princípio da isonomia tributária, ao se referir a 'situação equivalente' permite, então, tratamento desigual a contribuintes em situações também desiguais, revelando a máxima de que se deve tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, sob pena de, se assim não for, infringi-lo.

A isonomia tributária guarda estreita relação com outro princípio, o da capacidade contributiva, no sentido de que os contribuintes devem ser tributados de acordo com a capacidade econômica que dispõem para o pagamento do tributo. Assim,

Deve ser diferenciado (com isenções ou com incidência tributária menos gravosa) o tratamento de situações que não revelem capacidade contributiva ou que mereçam um tratamento fiscal ajustado à sua menor expressão econômica. [...] Não de ser tratados, pois com igualdade aqueles que tiverem igual capacidade contributiva, e em desigualdade os que revelem riquezas diferentes e,

portanto, diferentes capacidades de contribuir (AMARO, 2013, p. 160).

Alexandre (2013) se refere ao princípio da isonomia tributária em duas acepções: a horizontal, representada pela igualdade econômica dos contribuintes e, por isso, refletida no tratamento igualitário que os mesmos devem ter; e a vertical, quando se evidencia situações distintas a ensejar tratamentos desiguais. Ainda nesta seara, Machado (2013, p. 38) entende que os impostos progressivos cumprem o papel de realizar a isonomia tributária, pois quem possui maior capacidade econômica deve suportar maior ônus tributário. “A igualdade consiste, no caso, na proporcionalidade da incidência à capacidade contributiva, em função da utilidade marginal da riqueza.”

Como uma derivação do princípio da isonomia, a uniformidade tributária se constitui em preceito constitucional inserto no artigo 151, inciso I, ao vedar à União

instituir tributo que não seja uniforme em todo o território nacional ou que implique distinção ou preferência em relação a Estado, ao Distrito Federal ou a Município, em detrimento de outro, admitida a concessão de incentivos fiscais destinados a promover o equilíbrio do desenvolvimento socioeconômico entre as diferentes regiões do País (BRASIL, 1988).

Da observância deste preceito emerge a garantia de que o legislador não favorecerá determinados Estados ou Municípios por conveniências políticas ou no interesse particular de organizações estabelecidas em determinados territórios, com objetivo de beneficiá-las com menor tributação. Há, no entanto, expressa ressalva que admite a concessão de benefícios fiscais como instrumentos para fomentar o desenvolvimento econômico e social de regiões que se encontrem em situação de desequilíbrio.

A uniformidade prevista no artigo 152 da CRFB/1988, veda aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer diferença tributária entre bens e serviços em razão de sua procedência ou destino. Entretanto, o Senado Federal, utilizando-se da prerrogativa constitucional inserta no artigo 155, parágrafo 2.º, inciso IV<sup>45</sup>, editou a Resolução

---

<sup>45</sup> CRFB/1988, art. 155, § 2.º, IV: “Resolução do Senado Federal, de iniciativa do Presidente da República ou de um terço dos Senadores, aprovada pela maioria

13/2012, com vigência a partir de 01/01/2013, estabelecendo alíquota de 4% de ICMS nas operações interestaduais com produtos importados do exterior, evidenciando uma clara distinção tributária relativa à procedência do produto, o que suscitou discussões acerca da constitucionalidade da referida Resolução (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012b).

De fato, a atribuição dada ao Senado Federal em matéria de ICMS, no sentido de estabelecer as alíquotas aplicáveis nas operações interestaduais, deve se perfectibilizar com as demais normas tributárias, o que *in casu* é, no mínimo, duvidoso. Argumentos favoráveis à constitucionalidade da norma entendem que a vedação imposta no artigo 152 atinge somente os entes lá determinados (Estados, Distrito Federal e Municípios) e, portanto, o Senado Federal estaria apto para instituir tratamento diferenciado em razão da procedência ou destino do produto. Os que defendem a inconstitucionalidade da norma emitida pelo Senado, entendem que a interpretação literal do artigo 152 constitui afronta a um princípio constitucional, que veda a distinção pretendida (MARQUES; GRANADO, 2013). Prevaleceu o entendimento pela constitucionalidade.

No artigo 150, inciso III, alínea “a”, da CRFB/1988, tem-se a irretroatividade tributária, no sentido de vedar a cobrança de tributos relativos a fatos geradores ocorridos antes da vigência da lei que os criou ou majorou suas alíquotas. Amaro (2013, p. 141) entende que “o texto não é feliz ao falar em fatos geradores. O fato *anterior* à vigência da lei que instituiu tributo não é *gerador*”. Poderá sê-lo quando do aumento de alíquota, mas não quando institua.

Desta forma, a lei tributária não pode atingir fatos pretéritos, exceto nos casos previstos no artigo 106 do CTN:

- Art. 106. A lei aplica-se a ato ou fato pretérito:
- I - em qualquer caso, quando seja expressamente interpretativa, excluída a aplicação de penalidade à infração dos dispositivos interpretados;
  - II - tratando-se de ato não definitivamente julgado:
    - a) quando deixe de defini-lo como infração;

---

absoluta de seus membros, estabelecerá as alíquotas aplicáveis às operações e prestações, interestaduais e de exportação (BRASIL, 1988).

- b) quando deixe de tratá-lo como contrário a qualquer exigência de ação ou omissão, desde que não tenha sido fraudulento e não tenha implicado em falta de pagamento de tributo;
- c) quando lhe comine penalidade menos severa que a prevista na lei vigente ao tempo da sua prática (BRASIL, 1966).

Entretanto, em que pese entendimentos distintos, Amaro (2013, p. 142) sustenta que

Nem a pretexto de interpretar lei anterior pode uma lei tributária voltar-se para o passado, com o objetivo de “explicitar” a criação ou aumento de tributo. Ou a incidência já decorre da lei velha, ou não; no primeiro caso, a lei “interpretativa” é inócua; no segundo, é inconstitucional.

Nas alíneas “b” e “c” do artigo 150, inciso III, da CRFB/1988, está presente o princípio da anterioridade tributária. O comando inserido na alínea “b” trata da anterioridade anual, ao vedar a cobrança de tributo no mesmo exercício financeiro em que a lei que o criou ou aumentou tenha sido publicada. Assim, a vigência dos tributos somente se opera no exercício seguinte à publicação da lei, respeitadas as exceções adiante mencionadas (CRFB, 1988).

A determinação disposta na alínea “c” foi inserida na CRFB/1988 por meio da EC n. 42/2003, ao estabelecer a vedação da cobrança de tributo antes de decorridos noventa dias da publicação da lei que o criou ou majorou. É a chamada anterioridade nonagesimal ou noventena, que deve ser aplicada conjuntamente com a anterioridade anual (BRASIL, 1988; OLIVEIRA, 2013; PÊGAS, 2007).

A noventena veio corrigir uma prática bastante comum dos governos nas três esferas de poder, os quais publicavam leis tributárias nos últimos dias do ano civil, que passavam a vigorar imediatamente no dia 01 de janeiro e, portanto, plenamente válidas. Com a necessidade da observância do lapso de noventa dias entre a publicação e a vigência da lei, introduzida na Carta Política Brasileira em 2003, ampliou-se a proteção ao contribuinte, que terá ciência da lei aplicável no ano seguinte com maior antecedência (AMARO, 2013; FABRETTI, 2015).

No entanto, o princípio da anterioridade admite exceções, tanto a anterioridade anual quanto a nonagesimal, conforme estabelece o

parágrafo 1.º do artigo 150 da CRFB/1988. Assim, alguns tributos são excetuados da exigência de lapso temporal para que a lei que os instituiu ou aumentou tenha vigência (BRASIL, 1988). Desta forma,

Há tributos sujeitos a ambas as exigências temporais e há os que de ambas estão excepcionados, ao lado de outros que se submetem só à primeira ou só a segunda, e de outros que sofrem uma ou outra das restrições em relação à parte e não à totalidade dos aspectos do fato gerador (AMARO, 2013, p. 148).

Assim, os impostos de importação, exportação, de operações de crédito e extraordinários, em razão de sua flagrante natureza extrafiscal, estão dispensados do cumprimento do princípio da anterioridade tributária, em suas duas modalidades, anual e nonagesimal. Já o IPI tem sua natureza extrafiscal mitigada, uma vez excetuar-se apenas ao cumprimento da anterioridade anual, devendo respeitar a noventena (BRASIL, 1988).

A exceção à anterioridade tributária relativa aos empréstimos compulsórios limita-se a sua instituição em decorrência de calamidades públicas, guerra externa ou sua iminência, sendo a outra condição que justifica sua instituição, nos casos de investimento público de caráter urgente e relevante interesse nacional, submetidas ao cumprimento dos prazos previstos no artigo 150, inciso III, da CRFB/1988 (BRASIL, 1988).

Relativamente ao IR, a dispensa ao princípio da anterioridade se dá apenas em relação a noventena, o que significa dizer que eventuais alterações legais que majorem sua alíquota, mesmo que publicadas em 31 de dezembro, terão vigência plena no dia 01 de janeiro, já que cumprida a anterioridade anual. Esta mesma dispensa é concedida para que as alterações de base de cálculo do IPVA e do IPTU tenham vigência, ou seja, deve haver observância somente à anterioridade anual (BRASIL, 1988; FABRETTI, 2015).

As exceções ao princípio da anterioridade não se esgotam naquelas descritas no parágrafo 1.º do artigo 150 da CRFB/1988. Em relação ao restabelecimento de alíquotas do ICMS sobre combustíveis e lubrificantes pelos governos estaduais, há previsão expressa na Constituição, autorizada pelo artigo 155, parágrafo 4.º, inciso IV, alínea “c”, para que a anterioridade tributária anual seja dispensada, respeitando-se, todavia, a noventena. Da mesma forma, a CIDE instituída em razão da

atividade de importação ou comercialização de petróleo, álcool combustível ou gás natural possui idêntica dispensa, conforme previsão do artigo 177, parágrafo 4.º, inciso I, alínea “b”, da CRFB/1988, que autoriza, inclusive, a redução ou aumento de alíquotas por ato do Poder Executivo (BRASIL, 1998; AMARO, 2013; MACHADO, 2013).

As contribuições sociais, descritas no artigo 195 da Carta Política, também foram excepcionadas do cumprimento da anterioridade tributária, ainda antes da edição da EC n. 42/2003, que instituiu a noventena, estando tal exceção prevista no texto original da CRFB/1988, que determina em seu artigo 150, parágrafo 6.º que “as contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, ‘b’.” (BRASIL, 1988, p 1). Portanto, as contribuições sociais, que se constituem em instrumento para financiar a seguridade social, da qual a saúde é parte integrante, não estão submetidas ao princípio da anterioridade anual.

O mandamento constitucional descrito no artigo 150, inciso IV, da CRFB/1988<sup>46</sup> instituiu o princípio tributário da vedação ao confisco, proibindo os entes políticos de estabelecerem tributos com onerosidade excessiva, o que se constituiria em penalidade, podendo levar o contribuinte ao perdimento de bens. Ao vedar tributo com efeito confiscatório, o legislador constituinte estabeleceu limites à atuação estatal na determinação de incidência tributária, coibindo a subtração de patrimônio do contribuinte. Não há, entretanto, definição expressa do que seja ‘confiscatório’, tampouco o estabelecimento de um percentual máximo de tributação que, a partir dele, assim seja considerado. Desta forma,

O princípio da vedação de tributo confiscatório não é um preceito matemático; é um critério informador da atividade do legislador e é, além disso, preceito dirigido ao intérprete e ao julgador, que, à vista das características da situação concreta, verificarão se determinado tributo invade ou não o território do confisco (AMARO, 2013, p. 170).

---

<sup>46</sup> CRFB/1988, art. 150, IV: “[...] é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: [...] IV - utilizar tributo com efeito de confisco” (BRASIL, 1988).

A CRFB/1988 prevê, também como um princípio, descrito no artigo 150, inciso VI, o estabelecimento de imunidades tributárias, impondo limites à regra jurídica que permite aos entes políticos tributarem renda, patrimônio, bens e serviços, constituindo-se em uma limitação à competência tributária. Assim, a imunidade retira determinados fatos do campo de incidência dos tributos, impedindo sua descrição como hipótese de incidência e, conseqüentemente, sua ocorrência como fato gerador (MACHADO, 2013). De acordo com Amaro (2013, p. 176), a imunidade constitucional tributária conferida em razão de especificidade material ou pessoal não se constitui tecnicamente em limitação ao poder de tributar, haja vista que “nas situações imunes, não existe (nem preexiste) poder de tributar.”

As causas de imunidade tributária não se esgotam naquelas previstas no artigo 150, VI da CRFB/1988<sup>47</sup>, alcançando outras situações definidas no texto constitucional como não geradoras de incidência tributária, as quais se destacam a imunidade das receitas de exportação quanto à tributação do IPI, ICMS, contribuições sociais e CIDE e a imunidade do ITR “sobre pequenas glebas rurais, definidas em lei, quando as explore o proprietário que não possua outro imóvel” (BRASIL, 1988, p. 1). Além destas, há outras imunidades que ‘residem’ fora da seção destinada ao sistema tributário na CRFB/1988, como por exemplo a proibição da exigência de taxas para a obtenção de documentos que consagrem o exercício da cidadania, mormente aqueles descritos no capítulo dos direitos individuais e coletivos (AMARO, 2013).

Nesta seara de princípios tributários como limitadores do poder estatal na instituição ou aumento de tributos, há que se cuidar de algumas regras específicas atribuídas a determinados impostos que funcionam igualmente como princípios. Estas regras determinam características essenciais destes impostos, como a não-cumulatividade e a seletividade

---

<sup>47</sup> A CRFB/1988 veda aos entes políticos a instituição de impostos sobre a) o patrimônio, renda ou serviços, uns dos outros; b) templos de qualquer culto; c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei; d) livros, jornais, periódicos e o papel destinado a sua impressão; e) fonogramas e videofonogramas musicais produzidos no Brasil contendo obras musicais ou literomusicais de autores brasileiros e/ou obras em geral interpretadas por artistas brasileiros bem como os suportes materiais ou arquivos digitais que os contenham, salvo na etapa de replicação industrial de mídias ópticas de leitura a laser (BRASIL, 1988).

em função da essencialidade do produto, obrigatórias para o IPI, a progressividade, generalidade e universalidade do IR e progressividade do IPTU e do ITR, conforme as condições estabelecidas pelo texto legal, que alhures foram especificadas.

### 3.3 A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/2000 E SUA REGULAMENTAÇÃO PELA LEI COMPLEMENTAR N.º 141/2012

A EC n. 29/2000 é o resultado de diversas propostas de vinculação de recursos à saúde, no sentido de que fossem disponibilizados nos orçamentos dos três níveis de governo recursos exclusivos para custear as ações e serviços em saúde. Com o surgimento da seguridade social, novo conceito trazido pela CRFB/1988, englobando a saúde, a assistência e a previdência social, foi estabelecido pelo próprio texto constitucional, em seu artigo 195, que o seu financiamento seria custeado pelos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de contribuições sociais, sendo suportado por toda a sociedade (BRASIL, 1988; PIOLA, 2013).

É bem verdade que o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em seu artigo 55<sup>48</sup>, havia previsto, ainda em 1988, a vinculação de recursos a serem aplicados na saúde (BRASIL, 1988); mas, de acordo com Piola (2013), o percentual ali definido não foi cumprido nos anos imediatamente posteriores e a alegação de problemas no caixa da previdência inviabilizou quaisquer repasses para a saúde.

A criação da CPMF, em 1996, um tributo de caráter provisório, com sucessivas prorrogações, que vigorou até 2007, mostrou-se como importante fonte para o financiamento da saúde, respondendo por mais de 30% do total dos recursos do Ministério da Saúde no período em que esteve vigente (PIOLA, 2013). Entretanto, questões políticas partidárias influenciaram em sua não renovação, fato que impactou negativamente nos recursos destinados ao financiamento da saúde.

A UNAFISCO, entidade sindical dos auditores fiscais da Receita Federal do Brasil, elaborou tabela com os dados de arrecadação e destino dos recursos provenientes da CPMF, de 1997 a 2006, a qual demonstra a importância de um tributo destinado exclusivamente à seguridade social e, conseqüentemente, à saúde, para a concretização dos princípios do

---

<sup>48</sup> ADCT, Art. 55: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde” (BRASIL, 1988).

SUS. De acordo com o levantamento, no último ano de vigência da CPMF foram arrecadados 32 bilhões de reais, dos quais 40,22% foram destinados à saúde, 21,05% à previdência social, 21,05% ao fundo de combate à pobreza e 17,68% ficou no caixa do tesouro nacional (UNAFISCO, 2017).

Ante uma série de propostas de vinculação de recursos para a saúde que desde o início dos anos de 1990 tramitavam no Congresso Nacional<sup>49</sup>, foi aprovada, em 13 de setembro de 2000, a EC n. 29, que dentre as alterações provocadas no texto da Lei Maior destacam-se as inclusões do artigo 77 no ADCT e de dois novos parágrafos, mantendo-se o já existente, ao artigo 198 da CRFB/1988, visando assegurar recursos mínimos no orçamento dos três entes federados para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000).

### **3.3.1 Vinculação de recursos**

A prestação de serviços públicos está diretamente relacionada à incidência tributária, uma vez que não há como o Estado garantir serviços eficientes sem a participação de toda a sociedade por meio do pagamento de tributos. Assim, a determinação da carga tributária de um país deve refletir o modelo de Estado desejado pelos governantes, influenciando na quantidade e na qualidade dos serviços oferecidos.

Uma das formas de financiamento dos serviços públicos é a vinculação de receita tributária à execução de ações e projetos da política social. Para tornar eficaz a prestação destes serviços, o legislador brasileiro, elegendo a saúde e a educação como direitos essenciais da sociedade e dever do Estado, inseriu no texto da Lei Maior, norma que determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios invistam percentual mínimo das receitas oriundas de impostos, bem como daquelas recebidas em transferências, em programas de saúde e de educação públicas (BRASIL, 1988). Com este intuito, o constituinte originário já havia, em 1988, garantido percentuais mínimos de investimentos no ensino pelos entes políticos. Da mesma forma, foi incorporada ao texto da Carta Magna a EC n. 29/2000, que fixou limites percentuais mínimos da arrecadação com impostos a serem investidos em programas de saúde pelos entes políticos (BRASIL, 2000).

---

<sup>49</sup> A proposta de emenda constitucional PEC 169, de 1993, previa a vinculação de recursos para a saúde. Os Estados e Municípios participariam com 10% da arrecadação de seus impostos e a União com 30% dos recursos da seguridade social e 10% de seus impostos (BRASIL, 1993).

A referida EC n. 29/2000, ao introduzir alteração no texto do artigo 198 da CRFB/1988, acrescentando-lhe novos parágrafos, estabeleceu exigência à União, Estados, Distrito Federal e Municípios para aplicação de percentuais mínimos em ações de saúde, calculados sobre a arrecadação com impostos e transferência recebidas, delegando, entretanto, à lei complementar, a determinação destes percentuais (BRASIL, 2000).

No entanto, ao acrescentar o artigo 77 ao ADCT, por meio de seu artigo 7.º, a EC n. 29/2000 estabeleceu provisoriamente os percentuais mínimos a serem aplicados por Estados e Municípios, bem como valor nominal pela União, até o ano de 2004, concluindo o legislador, acredita-se, que após esta data já haveria LC que regulasse a matéria, mas resguardou a possibilidade de não haver (como de fato não houve), ao determinar a continuidade da regra caso não houvesse, até aquele ano, a edição de LC.

Art. 7º. “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º (BRASIL, 2000).

A regulamentação do parágrafo 3.º do artigo 198 da CRFB/1988, no sentido de estabelecer percentuais mínimos a incidirem sobre a base

de cálculo, determinada na forma do parágrafo 2.º, ocorreu apenas em 2012, por meio da LC 141, a qual estabeleceu:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

[...]

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 1).

É preciso que se diga que o artigo 5.º da LC 141/2012 encontra-se revogado, embora não expressamente, pela nova redação do texto constitucional trazida pela EC n. 86/2015, não mais se utilizando o critério lá estabelecido. Registra-se, também, que os percentuais mínimos estabelecidos na LC para Estados e Municípios são os mesmos constantes no artigo 77 do ADCT, determinados doze anos antes, tendo sido ignorados o considerável aumento da demanda, a inclusão de novos procedimentos e a complexidade dos serviços oferecidos pelo SUS.

Em observância ao texto legal inserto no artigo 198 da CRFB/1988, que trata da composição da base de cálculo para fins de incidência dos percentuais mínimos, tem-se que sua formação se dá, no caso dos Estados e Distrito Federal, pelo somatório da arrecadação dos

impostos próprios (ICMS, ITCMD e IPVA); do imposto de renda retido na fonte (IRRF) sobre a remuneração paga por eles, suas autarquias e fundações; do valor efetivamente recebido pela unidade federada referente a eventuais novos impostos instituídos pela União; do valor recebido pelo Fundo de participação dos Estados relativo ao IR e ao IPI transferidos da União e do valor recebido da União a título de IPI referente às exportações, sendo deduzidos deste total os valores transferidos aos Municípios. Quanto à base de cálculo dos Municípios, esta é formada pelo somatório dos impostos próprios (IPTU, ITBI e ISS); do IRRF sobre a remuneração paga por eles, suas fundações e autarquias; do valor recebido pelo Fundo de participação dos Municípios relativo ao IR e ao IPI transferidos da União; da parcela do ITR recebida em transferência da União e dos valores recebidos do Estado referentes ao IPI das exportações de produtos industrializados, do ICMS e do IPVA (BRASIL, 1988).

Uma vez determinada a base de cálculo, deve incidir sobre ela o percentual mínimo estabelecido pelos artigos 6.º e 7.º da LC 141/2012, o qual estabelece obrigatoriedade de aplicação mínima de 12% e 15%, para os Estados e Municípios, respectivamente, em ações e serviços públicos voltados à saúde. Importante asseverar que as Constituições Estaduais ou as Leis Orgânicas dos Municípios podem estabelecer percentuais diferentes dos aqui citados, obrigando Estados e Municípios a adotarem-nos, nos casos em que forem maiores dos que os previstos pela Lei Federal, conforme se depreende da leitura do artigo 11 da LC 141/2012 (BRASIL, 2012a).

Em relação à base de cálculo e percentual mínimo a serem adotados pela União, há que ser observado o inciso I, do parágrafo 2.º, do artigo 198 da CRFB/1988, recentemente alterado por meio da EC n. 86/2015, o qual determina que o valor a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde deverá ser calculado sobre “a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)” (BRASIL, 1988, p. 1). Este percentual, no entanto, somente deveria ser alcançado em 2020, tendo sido previsto para 2016 o índice de 13,2%, que seria gradativamente elevado, passando a 13,7% em 2017, 14,1% em 2018 e 14,5% em 2019, conforme disciplina o artigo 2.º da EC (BRASIL, 2015). No entanto, o referido artigo foi revogado pelo texto da EC n. 95/2016, que estabeleceu novo regramento, embora tenha mantido a receita corrente líquida como base de cálculo, e que adiante detalhado (BRASIL, 2016).

Assim, de forma sintetizada e cronológica, repisa-se: o valor sobre o qual deve ser aplicado o percentual mínimo em serviços públicos de saúde, definido pelo parágrafo 2.º, do artigo 198 da CRFB/1988, com a

redação dada pela EC n. 29/2000, determina que a base de cálculo será, para os Estados e o Distrito Federal, o total da arrecadação com impostos, acrescida dos repasses advindos da União e deduzidos os valores repassados aos Municípios. Já para os Municípios, a base de cálculo será formada pelo total da arrecadação com impostos, acrescida dos repasses recebidos dos Estados, idêntica redação do artigo 77 do ADCT. Os percentuais mínimos foram definidos pela LC 141/2012, embora tenham sido mantidos os mesmos constantes na EC n. 29/2000. Em relação ao valor mínimo a ser aplicado pela União, o texto original do artigo 198, parágrafo 2.º, I, foi modificado pela EC n. 86/2015, determinando que o valor mínimo aplicado tenha por base de cálculo a receita corrente líquida (BRASIL, 1988).

### **3.3.2 Ações e serviços públicos de saúde (ASPS)**

A LC 141/2012, ao regular o parágrafo 3.º do artigo 198 da CRFB, trouxe, também, importantes definições acerca das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), isto porque a EC n. 29/2000 não definiu o que seria considerado como tal. À época, então, na tentativa de sanar o problema e uniformizar a aplicação legal, foi editada a Resolução 322/2003<sup>50</sup>, do Conselho Nacional de Saúde, que dentre suas dez diretrizes estabeleceu a definição do que seriam consideradas ASPS e o que não se enquadrariam como tal para fins de aplicação dos percentuais mínimos então estabelecidos na EC n. 29/2000. Entretanto, os gestores públicos não reconheciam na citada Resolução uma norma válida<sup>51</sup> para regular a definição e incluíam gastos em suas prestações de contas que não deveriam ser considerados para fins de cumprimento da Emenda (PIOLA *et al*, 2013).

A supracitada Resolução também aprovou a base de cálculo para definição dos recursos mínimos aplicados em saúde, além de disciplinar as formas de fiscalização e controle do cumprimento dos percentuais mínimos estabelecidos, precipuamente por meio do SIOPS, a quem

---

<sup>50</sup> A definição de ASPS trazida pela Resolução 322/2003 para fins de incidência dos percentuais constantes na EC 29/2000 vigorou até a edição da LC 141/2012, quanto esta, então, passou a regular a matéria (BRASIL, 2003c; BRASIL, 2012a).

<sup>51</sup> A Resolução 322/2003 foi objeto de ação direta de inconstitucionalidade. O Estado do Rio de Janeiro alegou que a matéria tratada pela Resolução somente poderia ser instituída por LC. Em 2008, O STF reconheceu a competência do Conselho Nacional de Saúde para editar a referida Resolução e não conheceu da ADI (BRASIL, 2008b).

caberá registrar os dados informados pelos entes federados (BRASIL, 2003c).

A LC 141/2012 teve papel fundamental no sentido de regular as ASPS, apesar da decepção causada aos que tinham expectativa na ampliação dos recursos destinados ao SUS, com o aumento dos limites mínimos obrigatórios para gastos em saúde, principalmente nos valores da União, que não teve qualquer percentual de suas receitas vinculado, tendo-se mantido os índices percentuais descritos na EC n. 29/2000 em relação a Estados e Municípios (CONASS, 2015).

É notório o objetivo da legislação sanitária brasileira em reforçar os princípios e diretrizes do SUS em todas as normas atinentes à saúde e à seguridade social como um todo, enfocando sua vocação universal, igualitária e gratuita. A LC 141/2012 assim também o fez ao estabelecer que

Art. 2º - Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde (BRASIL, 2012a).

Importante ressaltar o disposto no inciso III, acima citado, em relação à especificidade das despesas com saúde, uma vez que desvios de finalidade não eram raros, com a inclusão pelos gestores públicos em suas prestações de contas de gastos relativos a outras áreas, como se da saúde fossem, a fim de atingir o percentual mínimo estabelecido (PIOLA *et al*, 2013).

As definições trazidas pela LC 141/2012, ao disciplinar o que pode ser considerado como ASPS, tem o propósito de eliminar interpretações dúbias na alocação de despesas com saúde, além do fato de as mesmas apresentarem crescente demanda, contrastando com os reduzidos recursos para o financiamento, o que torna imprescindível esta limitação. Desta forma, em seu artigo 3.º, estabelece:

- Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:
- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
  - II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
  - III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
  - IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
  - V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
  - VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais

- determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
  - VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
  - IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
  - X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
  - XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
  - XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012a).

Da mesma forma estão delineadas as despesas que não devem ser consideradas com ASPS para fins de cumprimento dos percentuais mínimos, conforme estabelece a LC 141/2012 em seu artigo 4.º:

- Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:
- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
  - II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
  - III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
  - IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
  - V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos

- provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
  - VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
  - VIII - ações de assistência social;
  - IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
  - X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde (BRASIL, 2012a).

Não obstante essas definições serem importantes para a gestão do SUS, o que merece maior atenção e preocupação é o crescente subfinanciamento do sistema, já que a aumento da demanda e dos custos com saúde não encontra o correspondente aumento de recursos. Há, portanto, necessidade de se alocar mais recursos para a saúde no sentido de promover maior custeio, investimento e capacitação de pessoal, além de propiciar o combate às desigualdades regionais com a equalização do valor *per capita* entre os Estados (CONASS, 2015).

Este financiamento deficitário se traduz, além das questões de demanda, também pela descentralização de atribuições das ASPS aos Municípios sem que houvesse contrapartida financeira por parte da União, que teve sua participação nos gastos públicos em saúde reduzida com o passar dos anos. “Em 1993 a União aplicava 72%, os estados 12% e os Municípios 16%; em 2013, em cenário diferente, a União aplicava 42,59%, os estados 26,67% e os Municípios 30,74%” (CONASS, 2015, p. 13).

A recente alteração produzida pela EC n. 86/2015 na base de cálculo e no percentual mínimo dos gastos em saúde pela União não refletiu o aumento desejado, que poderá ter, ao contrário, redução nos valores aplicados em razão da mudança de critérios, uma vez que os valores destinados à saúde relativos a exploração de petróleo e gás natural não mais serão acrescidos ao valor mínimo obrigatório, já que estes estão inseridos no conceito de receita corrente líquida (CONASS, 2015).

De acordo com o documento final do seminário CNS/COFIN no 11.º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABSC), realizado em 28 de julho de 2015, o novo critério de cálculo introduzido pela EC n. 86/2015 “representará uma redução orçamentária e financeira para o SUS. [...] o orçamento da saúde para 2014 representou 14,38% da Receita Corrente Líquida do ano, ou seja, é maior do que o previsto (13,2%) para o primeiro escalonamento da EC n. 86/2015.” (ABSC, 2015, p. 1).

Com a alteração no critério de cálculo, a ABSC previu, neste mesmo Congresso, uma redução nos valores mínimos dos recursos federais destinados à saúde a partir de 2016 (ABSC, 2015). De fato, em 2016, primeiro ano de vigência da nova regra, a receita corrente líquida foi de R\$ 722,5 bilhões, o que indica um piso para investimentos em saúde de R\$ 95,3 bilhões, inferior, portanto, ao valor mínimo apurado em 2015, pelo regramento anterior, de R\$ 98,3 bilhões (SIOPS, 2017).

Importante ressaltar que os investimentos em saúde tendem a sofrer novas reduções com a aprovação da PEC 55, a chamada PEC do teto dos gastos públicos. Referida proposta de emenda à Constituição foi convertida na EC n. 95/2016, estabelecendo um novo regime fiscal para os próximos vinte anos. Conforme a alteração, que introduziu novos artigos ao ADCT, durante esse período, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde serão corrigidas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), tendo como valor inicial aquele efetivamente aplicado em 2017, calculado sobre a receita corrente líquida desse ano (BRASIL, 2016).

Na prática, esta limitação de gastos na área da saúde conduzirá ao engessamento das ações do SUS, que não conseguirá responder às demandas sociais já fragilizadas por um financiamento insuficiente. Significa contrariar os pressupostos do sistema, ignorando os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, o que conduzirá à precarização de serviços e, conseqüentemente, influenciará na efetividade das ações.

Por isso, torna-se fundamental a participação da sociedade no destino do SUS, principalmente por meio de entidades colegiadas que discutam os caminhos a serem perseguidos pelo sistema, tampouco se perca o histórico de lutas com retrocesso nas conquistas de atendimento na saúde pública. É necessário, portanto, além de buscar novas fontes de financiamento, fiscalizar a aplicação dos recursos, tendo-se a certeza de que os valores destinados à saúde sejam, de fato, aplicados no setor.

### 3.4 A TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE DOS GASTOS EM SAÚDE

Em razão da previsão constitucional para que os entes públicos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) invistam percentuais mínimos dos valores arrecadados com impostos, em ações e serviços públicos de saúde, vinculando tais recursos a gastos exclusivos neste setor, faz-se necessária a disponibilização destas informações à sociedade, para que esta exerça, também, seu papel de agente fiscalizador da aplicação dos recursos públicos.

Quando se fala em compartilhar informações, gerando conhecimento, costuma-se imaginar apenas como se dá este processo nas organizações privadas, associando-o ao desempenho empresarial. Mas se estas estratégias empresariais são essenciais para que as empresas brasileiras consigam sobreviver à competição internacional (TERRA, 2016) não é diferente no setor público, já que é papel do administrador gerenciar o conhecimento para aumentar a efetividade dos serviços públicos prestados à coletividade (WIIG, 2000).

Embora possa parecer que os objetivos do compartilhamento de informações nos setores público e privado são diferentes, a implementação da gestão do conhecimento nas organizações públicas tem objetivos comuns às organizações privadas. Abdullah e Date (2009, p. 5-6), descrevem tais objetivos comuns como sendo:

- I) atrair e manter o capital humano;
- II) promover o capital social;
- III) criar e usar o capital estrutural,
- IV) compartilhar processos e melhores práticas (em combinação com práticas inovadoras), e
- V) estimular a colaboração.

Entretanto, de acordo com Batista (2012), embora existam objetivos comuns, os modelos de gestão do conhecimento nas esferas pública e privada devem ser diferentes, haja vista que tanto os sistemas de valores quanto os de avaliação são distintos, por isso o setor público deve ter um modelo próprio de gestão do conhecimento. Estas diferenças entre as organizações públicas e privadas podem ser sintetizadas no quadro a seguir:

Quadro 2 - Características das organizações públicas e privadas

(continua)

<b>Características</b>	<b>Organizações Públicas</b>	<b>Organizações Privadas</b>
------------------------	------------------------------	------------------------------

Fator condutor	Supremacia do interesse público sobre o privado.	Autonomia da vontade privada.
Orientação	Estão sujeitas ao controle social, com garantia de transparência de ações e atos e institucionalização de canais de participação social.	Fortemente orientadas para a preservação e proteção dos interesses corporativos, especialmente acionistas.
Tratamento dos clientes	Devem tratar todos igualmente (princípio constitucional da impessoalidade) e com qualidade.	Utilizam estratégias de segmentação de “mercado”, estabelecendo diferenciais de tratamento para clientes preferenciais.
Objetivos	Buscam gerar valor para a sociedade e formas de garantir o desenvolvimento sustentável, utilizando os recursos de forma eficiente.	Buscam o lucro financeiro e formas de garantir a sustentabilidade do negócio.
Recursos	São financiadas com recursos públicos, que devem ser direcionados para a prestação de serviços públicos.	Financiadas com recursos particulares que têm legítimos interesses capitalistas.
Destinatários	Cidadãos, sujeitos de direitos, e a sociedade, demandante da produção do bem comum e do desenvolvimento sustentável.	Os “clientes” atuais e os potenciais.

**(conclusão)**

Partes interessadas	Conceito é mais amplo. Inclui os interesses de grupos mais diretamente afetados, mas também o valor final agregado para a sociedade.	Conceito mais restrito. Inclui principalmente acionistas e clientes.
Poder de regulação	A administração pública tem o poder de regular e	Não tem esse poder.

	gerar obrigações e deveres para a sociedade.	
Lei	Só podem fazer o que a lei permite.	Podem fazer tudo que não estiver proibido por lei.

Fonte: Gespública (2010), adaptado pelo autor.

Em suma, sustenta Batista (2012, p. 17) que “enquanto o setor privado implementa a Gestão do Conhecimento visando ao lucro e ao crescimento, a administração pública busca principalmente qualidade, eficiência, efetividade social e desenvolvimento econômico e social.” Admite-se, no entanto, que a concepção de gestão do conhecimento na esfera pública tem um certo atraso em relação à esfera privada. As discussões acerca de uma maior transparência nas ações da administração pública advêm da necessidade dos eleitores conhecerem as práticas de gestão dos políticos, punindo-os quando se envolvam em atos de corrupção ou ajam em contrariedade à lei (FOX, 2007). Soma-se a este atraso o processo cultural brasileiro na administração da coisa pública, onde os gestores apoderavam-se dos cargos, adotando critérios particulares no gasto dos recursos.

No sentido de trazer para as organizações públicas mecanismos de controle nos gastos e de publicidade das receitas e despesas dos entes políticos e de seus órgãos, foi sancionada a LC 101, de 04 de maio de 2000, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), estabelecendo normas para a responsabilidade na gestão fiscal (BRASIL, 2000).

A partir da vigência desta Lei, objetivou-se um maior planejamento do gasto público, introduzindo elementos importantes, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), estabelecendo vinculação entre o planejamento e a execução orçamentária, imputando aos agentes administrativos uma maior responsabilidade social, em razão de ações vinculadas e obrigatórias (GORGA; BERGAMASCO, 2015).

Conforme se apreende do texto legal, o objetivo maior da Lei de Responsabilidade Fiscal é o equilíbrio das contas públicas, dando às administrações um caráter mais gerencial. Também é importante destacar que a LRF, em seu artigo 1º, determina que as ações públicas sejam transparentes, com informações detalhadas da composição da receita e da despesa pública.<sup>52</sup> (BRASIL, 2000).

---

<sup>52</sup> LRF, art. 1.º [...]

Ao se falar de transparência na administração pública é impossível deixar de citar a LC 131/2009, que trouxe alterações importantes à LRF, especialmente no tocante a forma de como esta transparência deve ser implementada. Em seu artigo 1.º, altera o artigo 48 da LRF, estabelecendo que a transparência deve ser assegurada mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas para discussão dos planos plurianuais e do orçamento, bem como pelo conhecimento e acompanhamento da sociedade, das informações sobre a execução orçamentária e financeira, enfatizando que devem ser utilizados meios eletrônicos de acesso público. Destaca-se, também, que a LC 131/2009 trouxe a possibilidade de qualquer cidadão, partido político ou associação denunciar aos Tribunais de Contas e ao Ministério Público qualquer irregularidade em razão do descumprimento dos preceitos legais (BRASIL, 2009a).

Embora a legislação brasileira previsse o direito dos cidadãos à informação, precipuamente no artigo 5.º, inciso XXXIII<sup>53</sup>; artigo 37, parágrafo 3.º, inciso II<sup>54</sup> e artigo 216, parágrafo 2.º<sup>55</sup>, todos da CRFB/1988, não havia uma lei específica que regulasse o acesso previsto, especificando os procedimentos a serem adotados pelos entes políticos para garantir o acesso à informação.

---

§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar (BRASIL, 2000).

<sup>53</sup> CRFB/1988, art. 5.º [...]

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988).

<sup>54</sup> CRFB/1988, art. 37. [...]

§ 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: [...]

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII (BRASIL, 1988).

<sup>55</sup> CRFB/1988, art. 216 [...]

§ 2º Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem (BRASIL, 1988).

Com este intuito foi sancionada a Lei 12.527/2011, estendendo a observância de seus pressupostos às instituições privadas que recebam recursos públicos para a realização de suas ações, conforme prevê o artigo 2.º da Lei de Acesso (BRASIL, 2011a). A partir daí desencadeou-se diversos movimentos sociais no sentido de que as administrações públicas disponibilizassem informações sobre a gestão estatal, além de cobrarem de organizações do terceiro setor uma prestação de contas mais eficiente, visando a otimização nos gastos dos recursos. Esta otimização está relacionada à eficiência, que não significa simplesmente reduzir custos, mas buscar a melhor relação entre qualidade do serviço e qualidade do gasto, executar o serviço com a máxima qualidade e com o menor custo (BATISTA, 2012).

Sendo um dos objetivos da referida Lei garantir uma gestão transparente da informação, a Controladoria Geral da União (CGU) lançou, em 2015, um sistema para medir o grau de transparência de Estados e Municípios, denominado Escala Brasil Transparente, com o objetivo de avaliar o grau de cumprimento às normas da Lei de Acesso à Informação. A metodologia utilizada visa demonstrar o cenário sobre a transparência no Brasil, analisando questões relativas à efetivação de mecanismos que permitam o acesso às informações públicas por parte da sociedade, sendo atribuída aos entes políticos notas de zero a dez. De acordo com o resultado obtido pela CGU, apurou-se que 63% dos Municípios analisados tiraram nota 0 (zero) e 23% tiraram notas entre 1 (um) e 2 (dois). Apenas 1,4% tiraram notas entre 9 (nove) e 10 (dez), em uma clara demonstração de que a legislação sobre transparência pública ainda não atingiu a efetividade esperada (CGU, 2015).

Conforme visto anteriormente, o Brasil adota uma legislação rígida em relação aos gastos públicos, fazendo com que os entes políticos, inclusive os governos municipais, objeto desta pesquisa, submetam-se a controles de execução orçamentária que impeçam gastos incompatíveis com suas receitas, coibindo a formação de dívidas para as administrações futuras. Um exemplo deste controle é o gasto que os Municípios podem ter com a folha de pagamento dos servidores, considerada a maior despesa do setor público brasileiro (GORGA; BERGAMASCO, 2015). Este gasto é limitado pela LRF em 60% da receita corrente líquida dos Municípios, conforme disciplina o inciso III, do artigo 19, da LC 101/2000<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> LRF, art. 19. Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

Assim, a observância da legislação relativa à transparência dos gastos públicos possibilitará o controle pela sociedade do cumprimento do percentual de 15% dos valores de impostos municipais, somados às transferências federais e estaduais, a serem gastos em ações e serviços públicos de saúde, além de se ter conhecimento das rubricas onde os recursos estão sendo investidos, no sentido de que a sociedade possa participar efetivamente das decisões sobre os gastos em saúde.

É preciso, portanto, que as administrações municipais implementem mecanismos de transparência em suas ações, sendo cada vez maior a exigência por parte da sociedade e dos organismos de representação coletiva, que os Municípios disponibilizem em meio eletrônico na *Web*, informações detalhadas sobre receitas, despesas e execução orçamentária, tendo-se denominado como portal da transparência. Este “novo” método de administrar a coisa pública requer a adoção de procedimentos gerenciais até então restritos às organizações privadas, por isso o desenvolvimento de modelos de gestão de conhecimento específicos para a administração pública tem ganhado impulso, incluindo as dimensões cidadão-usuário e sociedade, o que tornaria os serviços públicos mais eficazes (BATISTA, 2012).

Enfim, o uso das ferramentas da gestão do conhecimento não tem por escopo apenas modernizar estruturas administrativas, mas melhorar a eficiência das instituições e aumentar a participação popular (BERNARDES, 2013).

A presente pesquisa utilizar-se-á do modelo de gestão de conhecimento baseado na divulgação dos dados por meio do portal da transparência do Município de Criciúma-SC. Entretanto, a mera divulgação dos dados pode não ser suficientemente legítima para atestar a idoneidade e clareza das informações ou para assegurar a correta aplicação dos recursos públicos.

Assim, com a análise individual dos gastos, pretende-se verificar a observância dos pressupostos da LC 141/2012 em relação às despesas com saúde realizadas nos anos pesquisados. Reitera-se que os investimentos em saúde pública estão relacionados com a arrecadação tributária, mormente os impostos e as contribuições sociais, já que o piso dos gastos é calculado com base nesta arrecadação, por isso a controversa questão da carga tributária brasileira precisa ser discutida também por este

---

I - União: 50% (cinquenta por cento);

II - Estados: 60% (sessenta por cento);

III - Municípios: 60% (sessenta por cento) (BRASIL, 2000).

viés. O complexo sistema tributário brasileiro, aliado ao corporativismo de classes e segmentos empresariais, permite que sejam concedidos benefícios fiscais a grandes conglomerados, operando-se uma significativa renúncia fiscal.

Com isso, o orçamento da saúde continua sendo estrangulado, com a destinação de recursos insuficientes para atender aos anseios da população e ao que preconiza o texto constitucional. Desta forma, é imperioso que se fiscalize desvios de finalidade, traduzidos pela utilização de valores vinculados à saúde em outras áreas da administração municipal, o que pode dissimular o cumprimento dos gastos mínimos.

#### **4 OS GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE REALIZADOS PELO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC À LUZ DA LEI COMPLEMENTAR N.º 141/2012 E DA LEGISLAÇÃO EM SAÚDE NOS ANOS DE 2011 E 2013**

Sendo a saúde um direito fundamental, tem como destinatários toda a população, um dos pilares do SUS. E para atender a esta demanda, faz-se necessário a adoção de políticas organizativas dos serviços de saúde que permitam estreitar a relação entre a comunidade e o poder público. Para isso, os Municípios, conjuntamente com a União e os Estados, devem disponibilizar recursos que garantam infraestrutura, pessoal capacitado e insumos a serem aplicados na prestação de serviços de saúde.

Para a efetivação das ASPS o Município de Criciúma-SC utiliza recursos provenientes da arrecadação tributária com impostos próprios, das transferências constitucionais de recursos, recebidas da União e do Estado de Santa Catarina, e dos repasses advindos das demais esferas de governo relativos às transferências para o SUS. Esses recursos devem, obrigatoriamente, ser investidos na área da saúde, sob pena de desvio de finalidade e responsabilização pessoal do gestor público.

Conhecer e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos, além de participar das decisões sobre investimentos em áreas sociais, é inerente ao exercício da cidadania em seu conceito mais abrangente, conforme discutido no primeiro capítulo. Por isso, detalhar as fontes de financiamento e o *quantum* recebido pelo Município, bem como descrever analiticamente as rubricas dos investimentos em saúde, contribuirá para o conhecimento da amplitude engendrada pelo tema e da importância da participação comunitária para o aperfeiçoamento e fortalecimento do SUS.

Os dados relativos aos exercícios pesquisados foram extraídos das informações prestadas ao SIOPS e ao Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC. As rubricas utilizadas pelo ente público na estrutura dos dados foram objeto de segregação, sendo as mesmas individualizadas, no sentido de refletirem o real destino dos gastos em saúde.

#### 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA E ECONÔMICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC

O Município de Criciúma, localizado no sul do Estado de Santa Catarina, tem uma área de extensão de 235,70 km<sup>2</sup> e é considerado o polo econômico da região carbonífera, formada por outros 11 Municípios que constituem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC)<sup>57</sup>. Teve sua colonização iniciada no final do século XIX, especificamente em 1880, com a chegada de imigrantes europeus, principalmente italianos, que se instalaram em diversos pontos da cidade, tendo na agricultura a fonte de subsistência, sendo esta atividade a base econômica nos 30 primeiros anos de colonização (VOLPATO, 1984).

O então Distrito de Criciúma pertencia ao Município de Araranguá, que era controlado por um luso-brasileiro, o coronel João Fernandes de Souza, que possuía interesses econômicos em manter a localidade pertencente ao Município sede. Entretanto, os comerciantes de Criciúma, formados em grande parte por imigrantes alemães e italianos e seus descendentes, começaram a exercer domínio econômico na região, prosperando em seus negócios comerciais com a produção agrícola e a pecuária, o que os levou à participação mais efetiva na vida política da localidade. Em 1910, o imigrante Marcos Rovaris foi eleito para o Conselho Municipal de Araranguá, consolidando uma liderança política que, juntamente com outros comerciantes, iniciaram o projeto de emancipação de Criciúma. O movimento emancipatório culminou com a instalação do Município de Criciúma em 01 de janeiro de 1926, tomando posse como superintendente Marcos Rovaris, então nomeado pelo governador do Estado de Santa Catarina, Adolpho Konder. Seu mandato não chegou ao fim, sendo substituído por Cincinato Naspolini, em 1930, então apoiador do movimento que conduziu Getúlio Vargas à presidência da República (TRICHES; ZANELATTO, 2015).

Embora a vocação inicial do Município de Criciúma tenha sido agrícola, com a fixação de colonos imigrantes em suas terras, logo se iniciou uma atividade comercial que foi representativa para a economia

---

<sup>57</sup>A AMREC é originária da extinta AMSESC, que em 1983 foi desmembrada em duas associações: AMREC e AMESC. Foi fundada em 25 de abril de 1983 com 07 (sete) Municípios. Hoje, a AMREC conta com 12 Municípios: Criciúma, Balneário Rincão, Cocal do Sul, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro Da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga (AMREC, 2015).

local, principalmente na industrialização de produtos derivados da agricultura e pecuária. Mas foi a exploração do carvão mineral que desencadeou o fortalecimento econômico da cidade. A descoberta do mineral se deu por volta de 1893, durante a Revolução Federalista, pelo imigrante italiano Giacomo Sonogo, que juntamente com Benjamim Bristot e Pedro Genovez iniciaram experiências com o produto, que começou a ser utilizado nas forjarias locais. Ante as perspectivas da boa qualidade do mineral nas terras catarinenses, o então ministro da Viação do governo de Rodrigues Alves, o catarinense Lauro Müller, em 1902, convidou o geólogo americano Israel Charles White de Morgantown para um estudo do carvão nacional em áreas de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Após a conclusão do estudo, em 1906, e a regulação legal da exploração do minério, por meio da Lei 1617/1906, tem início, ainda que em pequena escala, a indústria carbonífera no Município de Criciúma-SC (BELOLLI et al, 2002).

O poder econômico do carvão desencadeou disputas políticas acirradas, fazendo aparecer no cenário criciumense personalidades importantes para o desenvolvimento da cidade, como Diomício Freitas e Sebastião Netto Campos<sup>58</sup>, entre outros. Nesse momento histórico, a indústria carbonífera teve grande impulso pelo aumento da demanda do carvão local, comprado pelo governo federal que necessitava do minério como combustível para os navios a vapor durante a segunda guerra mundial (1939-1945), fato já ocorrido anteriormente, durante a primeira guerra mundial (1914-1918). O aumento da demanda nestes períodos refletia a impossibilidade da importação do produto em razão dos conflitos (BELOLLI et al, 2002; TRICHES; ZANELATTO, 2015).

A extração de carvão teve grande impulso com a criação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em 1946, e com o forte investimento do governo federal em sua exploração, o que proporcionou considerável desenvolvimento econômico da cidade de Criciúma-SC e da região durante as longas décadas em que o minério era abundante no subsolo da cidade. Muitos trabalhadores abandonaram a agricultura e passaram a ser operários nas minas de carvão, que oferecia atraente remuneração e perspectiva de breve aposentadoria (NASPOLINI FILHO, 2016).

Entretanto, apesar do crescimento econômico gerado pela extração do minério, o que tornou a cidade de Criciúma-SC a ser nacionalmente

---

<sup>58</sup> Sebastião Netto Campos veio do Rio de Janeiro por intermédio de Álvaro Catão, proprietário da Companhia Brasileira Carbonífera de Araranguá, para administrar a mineradora (TRICHES; ZANELATTO, 2015).

conhecida como a “capital do carvão”, registra-se um passivo ambiental que perdura até hoje, comprometendo o solo, os rios e a agricultura em diversos pontos da cidade. Também merece registro os inúmeros casos de doenças respiratórias provocadas pela inalação do pó do carvão pelos trabalhadores nas minas, uma vez que as condições de trabalho eram precárias, sem a utilização de equipamentos de proteção adequados, o que levou a óbito muitos trabalhadores. Da mesma forma, a mecanização na extração do minério não oferecia segurança aos trabalhadores. Não raras vezes aconteciam desabamentos e explosões que vitimavam operários.

Com a grave crise do setor carbonífero no início da década de 1990, outros segmentos da economia se desenvolveram, principalmente os setores de plástico, metalmecânico, têxtil e cerâmico, que já a partir da década de 1960 davam seus primeiros passos. Desta forma, os efeitos da crise do carvão foram amenizados pela expansão destes e de outros segmentos que passaram a ter maior expressão no desenvolvimento da cidade e de seu entorno, criando uma diversificação da economia de Criciúma (ZANELATTO; MIRANDA; OSÓRIO, 2011).

Atualmente, a população de Criciúma-SC é de aproximadamente 209 mil habitantes, conforme estimativa do IBGE em 2016, sendo formada por diversas etnias que ajudaram a colonizar o Município, dentre elas, além da italiana, a polonesa, a africana, a alemã e a portuguesa. Ocupa a 6.<sup>a</sup> posição em população entre os municípios de Santa Catarina e a 8.<sup>a</sup> posição no ranking da economia estadual, com PIB *per capita*, em 2014, de R\$ 31.665 e salário médio mensal de 2,6 salários mínimos (IBGE, 2017).

Importante registrar que o Município de Criciúma-SC desenvolveu uma importante experiência em saúde pública a partir de 1983, na administração do então prefeito José Augusto Hülse, tornando-a referência em todo o país. Houve a implantação, integração e descentralização de 34 unidades de saúde e ambulatórios em diversos bairros da cidade, onde se concentrava a população mais pobre. Também, criou-se um laboratório de análises clínicas para atendimento à população dos bairros, além de campanhas preventivas, distribuição de medicamentos, capacitação de agentes de saúde, hortas comunitárias (TEIXEIRA, 1999).

Portanto, verifica-se que a partir daquela administração municipal houve uma inversão de prioridades, substituindo-se uma fase de grandes obras civis, realizadas até então, por uma fase de grandes avanços sociais, que até hoje é lembrada como um modelo de gestão em saúde que deu certo, reconhecida nacionalmente. Teixeira (1999, p. 77) enfatiza que

nenhuma atividade teve maior destaque e reconhecimento público e comunitário como o programa de saúde da prefeitura, que se tornou a prioridade das prioridades na gestão Hülse/Roseval Alves. Ninguém imaginava que aquela simples ideia de ambulatórios nos bairros e apoio à mulher gestante se tornaria um dos mais importantes programas de saúde popular do Brasil.

Percebe-se, assim, que o Município de Criciúma-SC foi pioneiro em implantar um sistema de saúde pública que atendesse toda a população da cidade, e naquele momento histórico, voltado às camadas sociais mais populares, então desassistidas. Era a nova concepção de saúde pública que começava a surgir, mais tarde consubstanciada no SUS.

Em se tratando de estabelecimentos de saúde com atendimento pelo SUS, o Município de Criciúma-SC conta com 02 (dois) hospitais, sendo um público, exclusivamente materno-infantil; e um beneficente e filantrópico. Tem 02 (duas) unidades de saúde 24 horas, para atendimentos de urgência e emergência, 45 (quarenta e cinco) unidades básicas de saúde, 01 (uma) unidade de pronto-atendimento em construção, 01 (uma) policlínica no Distrito de Rio Maina, 01 (uma) unidade materno infantil, 01 (uma) unidade de referência saúde da mulher, 01 (um) centro de atendimento à saúde do trabalhador, além de 03 (três) centros de atenção psicossocial (CRICIÚMA, 2016).

Dentre as ações desenvolvidas pela Secretaria de saúde do Município destacam-se os programas saúde da família, saúde da mulher, saúde da criança e saúde mental, com atendimento nas unidades básicas de saúde instaladas na cidade (CRICIÚMA, 2016). O percentual de cobertura das equipes de atenção básica era de 79,83% em 2011, 82,02% em 2013 e alcançou 85,07% em 2015. Os procedimentos ambulatoriais de média complexidade apresentaram relação de 1,13 para cada 100 habitantes em 2011; 1,49 em 2013 e 1,69 em 2015. Os procedimentos de alta complexidade apresentaram relação de 6,62 para cada 100 habitantes em 2011; 7,82 em 2013 e 9,66 em 2015. A área de cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nos anos de 2011 e 2013 foi de 100%. Não há informação relativa ao ano de 2015, último ano disponível referente aos indicadores na saúde do Município de Criciúma-SC registrados no Ministério da Saúde (DATASUS, 2017).

De acordo com os dados mais recentes divulgados pelo IBGE, o Município de Criciúma-SC apresentou, em 2014, taxa de mortalidade infantil média de 10,46 para cada 1000 nascidos vivos e, em 2016, 0,5

internações por diarreia por cada mil habitantes. Ainda de acordo com o Instituto, em 2010, 91,7% dos domicílios apresentavam esgotamento sanitário adequado e 65,3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização (IBGE, 2017).

Todas as intervenções que visem melhorar a estrutura e atendimento da saúde devem ser fortalecidas por meio de ações conjuntas da administração pública e da sociedade. Dentre elas está a busca por aumento de recursos para o setor, que precisa envolver a comunidade; afinal, ela será a destinatária dos serviços ofertados, cabendo-lhe, também, deliberar sobre a forma de utilização destes recursos, exercendo, de fato, a cidadania participativa.

#### 4.2 A RECEITA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC NOS ANOS DE 2011 E 2013

Muito se falou no presente trabalho sobre o (sub) financiamento da saúde pública brasileira, o que compromete sobremaneira a realização de serviços com a qualidade e a eficiência esperados. Abordou-se igualmente acerca da arrecadação tributária e a sua imprescindibilidade para que o Estado possa gerir suas atividades, seja no campo econômico ou social. Assim, muito além da discussão sobre carga tributária, a receita que o ente público arrecada deve proporcionar bem-estar à coletividade por meio da efetiva prestação de serviços públicos, especificamente ações e serviços públicos de saúde, obedecendo-se todos os preceitos constitucionais que regulamentam o SUS.

Desta forma, a busca pelo equilíbrio entre receita e despesa, objetivo de todo o gestor, público ou privado, não pode ser conseguida à custa da ineficiência dos serviços oferecidos pelo Estado, ou o seu não oferecimento. Assim, torna-se igualmente importante uma análise das receitas públicas, o que não se fará nesta pesquisa, apenas demonstrar-se-á seu desempenho nos anos analisados, confrontando-o com a realização das despesas em saúde no Município de Criciúma-SC.

A composição da receita pública municipal de Criciúma-SC em 2011 e 2013, obedecendo a clássica divisão alhures mencionada, apresenta os seguintes dados:

Tabela 1 - Composição da receita pública municipal em 2011 e 2013 (em reais).

RECEITAS	2011	2013
RECEITAS	350.817.497	373.908.401
RECEITAS CORRENTES	314.945.170	355.871.132
RECEITA TRIBUTARIA	75.797.681	80.274.175
Impostos	59.906.103	60.181.562
Taxas	15.891.579	20.092.612
RECEITAS DE CONTRIBUIÇÕES	10.113.309	12.503.677
Contribuições Sociais	3.765.002	5.057.865
Contribuições Econômicas	6.348.307	7.445.811
RECEITA PATRIMONIAL	11.038.679	7.320.765
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	198.776.167	225.302.468
OUTRAS RECEITAS CORRENTES	19.219.333	30.257.200
RECEITAS DE CAPITAL	28.157.131	6.295.999
RECEITAS CORRENTES INTRA-ORÇAMENTÁRIAS	7.715.197	11.741.270

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

A receita total arrecadada pelo Município de Criciúma-SC no ano de 2013 apresentou variação positiva de 6,6% em relação ao ano de 2011. Ao considerar-se o índice inflacionário no período, de aproximadamente 6% ao ano<sup>59</sup>, percebe-se que o crescimento das receitas ficou aquém da inflação. A arrecadação de impostos manteve-se estável em razão do crescimento do valor arrecadado com impostos próprios, haja vista a forte redução registrada relativa ao IRRF (vide tabela 3).

<sup>59</sup> Índice inflacionário divulgado pelo IBGE de acordo com o IPCA: 6,5031% em 2011; 5,8386% em 2012 5,9108% em 2013 (IBGE, 2016).

Tabela 2 - Composição da receita com impostos em 2011 e 2013 (em reais).

<b>RECEITA COMIMPOSTOS</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>
Imposto s/ Propriedade Predial e Territ. Urbana (IPTU)	8.748.489	10.894.839
IRRF s/ os Rendimentos do Trabalho	15.696.725	8.165.603
IRRF s/ Outros Rendimentos	1.383.889	245.789
Imposto s/Transm. Inter Vivos de Bens Imóveis (ITBI)	5.837.055	8.651.366
Imp. s/ Serviços de Qualquer Natureza (ISS)	28.239.946	32.223.965
<b>TOTAL</b>	<b>59.906.103</b>	<b>60.181.562</b>

Fonte: Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

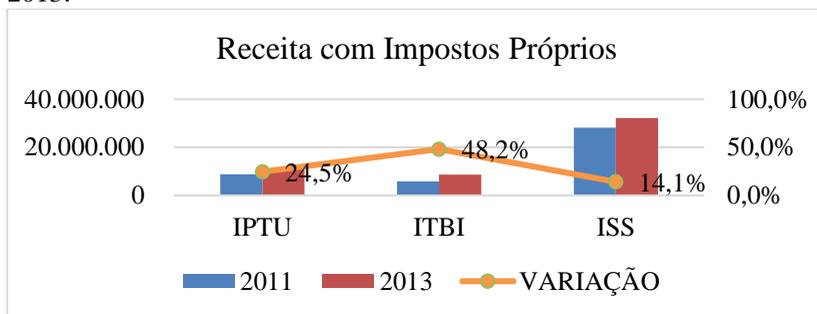
Os impostos de competência municipal (IPTU, ITBI e ISS), tidos como receita própria, fazem parte do grupo das receitas tributárias. Observando a tabela 2, percebe-se que o valor relativo ao imposto de renda retido na fonte (IRRF) sobre a remuneração dos servidores municipais e sobre o pagamento de serviços a pessoas jurídicas também faz parte deste grupo, embora não seja de competência municipal. Assim, os valores retidos constituem receita do Município, conforme determina o artigo 158, I, da CRFB/1988, não sendo repassados para a União, esfera competente para sua instituição. Desta forma, ao considerar-se apenas a arrecadação com impostos próprios no Município de Criciúma-SC, em 2011, esta representa 12,2% da receita total, o que evidencia uma dependência significativa de recursos transferidos do Estado e da União para a gestão pública municipal. Merece registro o percentual de participação do ITBI na receita total, de apenas 1,7%, e na receita com impostos próprios, de 13,6%.

Em 2013, da receita arrecadada pelo Município de Criciúma-SC, de quase R\$ 374 milhões, 13,9% referem-se a impostos de competência municipal, demonstrando que embora tenha representado 1,6% a mais em relação ao ano de 2011, há uma forte dependência dos recursos objeto de transferências intergovernamentais.

A eficiência na arrecadação tributária se mostra como instrumento imprescindível para a manutenção dos serviços públicos, especialmente em um Estado social e democrático como o brasileiro, que garante a prestação de direitos sociais como inerentes à dignidade da pessoa humana. Assim, o Estado deve considerar uma carga tributária socialmente justa, aquela capaz de garantir bem-estar aos seus habitantes.

O gráfico 1 demonstra a variação da arrecadação com impostos próprios no Município de Criciúma-SC nos anos analisados.

Gráfico 1 - Variação das receitas com impostos próprios em 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

A variação do ISS, de 14,1%, reflete basicamente os índices inflacionários do período, evidenciando não ter ocorrido crescimento real na prestação de serviços, fato gerador do imposto. Contrariamente, o IPTU apresentou variação significativa para o período, já que sua base de cálculo é determinada pelo poder público municipal após o devido trâmite legislativo. Da mesma forma, a significativa variação do ITBI reflete a mudança de critérios na avaliação dos imóveis para fins de incidência do imposto, adequando sua base de cálculo aos valores praticados pelo mercado.

Na composição da receita pública municipal, além dos impostos próprios, incluem-se as transferências intergovernamentais, com o recebimento de recursos das esferas federal e estadual, informados na tabela 1. Entretanto, para efeito de cálculo do percentual da receita aplicado em ASPS há que considerar somente aquelas transferências provenientes dos impostos a que aludem os artigos 158 e 159 da CRFB/1988. De acordo com o sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS), o Município de Criciúma-SC recebeu nos anos analisados os seguintes valores:

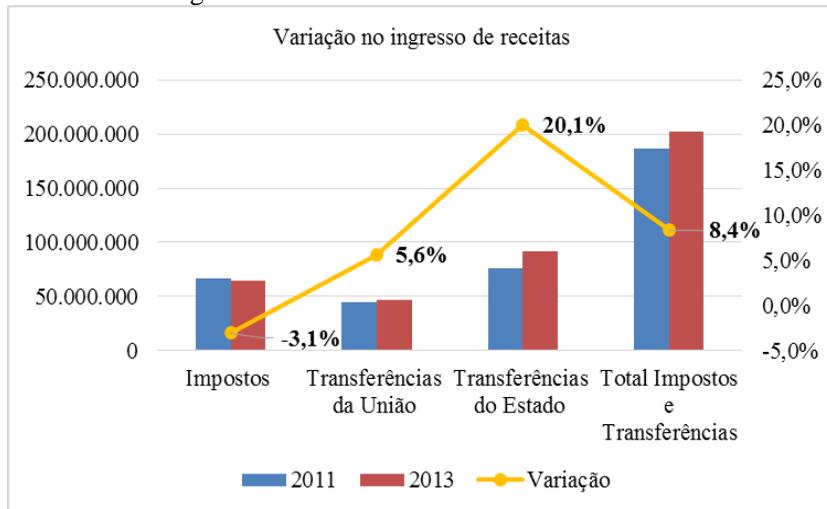
Tabela 3 - Valores recebidos pelo Município de Criciúma-SC referente às transferências constitucionais nos anos de 2011 e 2013 (em reais).

Receita	2011	2013
<b>Transferências da União</b>	<b>44.348.038</b>	<b>46.819.795</b>
Cota-Parte Fundo Participação Municípios (FPM)	42.146.290	44.336.425
Cota-Parte FPM - adic. (Art.159, I, d, CRFB/1988)	1.870.309	2.059.041
Cota-Parte ITR	18.433	14.626
LC n. 87/1996 - Lei Kandir	313.006	409.703
<b>Transferências do Estado</b>	<b>75.895.386</b>	<b>91.129.080</b>
Cota-Parte do ICMS	56.071.269	68.235.533
Cota-Parte do IPVA	18.707.731	21.853.003
Cota-Parte do IPI - Exportação	1.116.386	1.040.543
<b>Total das transferências</b>	<b>120.243.423</b>	<b>137.948.875</b>

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações do SIOPS (2017).

As transferências constitucionais de recursos repassados da União e do Estado para o Município devem ser somadas aos impostos próprios arrecadados pelo ente municipal para fins de cálculo do valor mínimo a ser aplicado em ASPS, conforme determina o texto constitucional. Essas transferências referem-se a tributos federais ou estaduais, de acordo com a competência tributária atribuída pelo STN, que por força legal devem ter o produto da arrecadação dividido com os Municípios, de acordo com critérios populacionais e de produção econômica.

Gráfico 2 - Variação no ingresso de receitas com impostos e das transferências legais nos anos de 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do SIOPS (2017).

Destaca-se a variação significativa no recebimento de recursos transferidos do Estado. Analisando a tabela 3, percebe-se que esta variação é decorrente do aumento na transferência de recursos relativos ao ICMS e ao IPVA, que embora de competência estadual, refletem o aumento da atividade econômica do Município.

Além das transferências aludidas na tabela 3, há o repasse de recursos das esferas federal e estadual para aplicação exclusiva em determinadas ações sob a administração do ente municipal. Assim, algumas despesas em saúde são custeadas por meio de recursos transferidos para o SUS na forma de blocos de financiamento<sup>60</sup>, destinados exclusivamente ao pagamento de serviços e convênios relativos à saúde (recursos carimbados). Estas transferências estão demonstradas na tabela 4.

<sup>60</sup> Os blocos de financiamento e as despesas relativas a cada um deles estão especificados na Portaria 204/2007, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

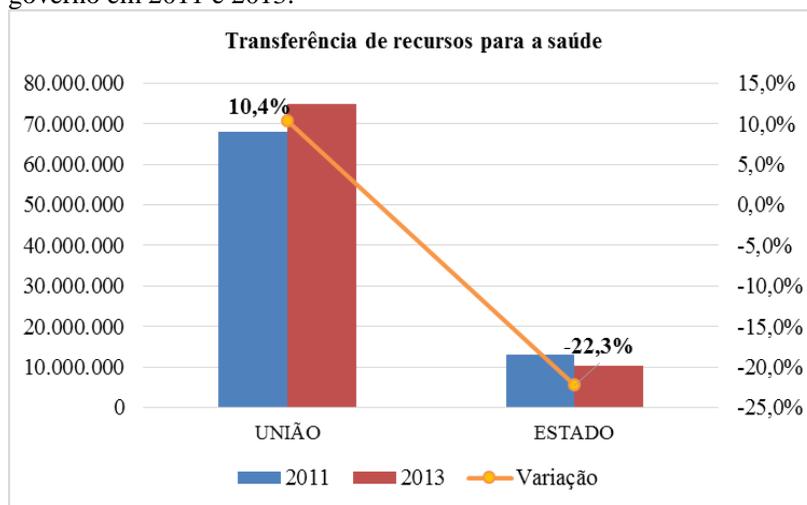
Tabela 4 - Receitas de transferências de recursos de outras esferas de governo para a saúde em 2011 e 2013 (em reais).

<b>Transferência de recursos para a saúde</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>
<b>UNIÃO</b>	<b>67.894.781</b>	<b>74.985.407</b>
Atenção Básica	9.584.624	11.941.843
Atenção Média/Alta Complex. Amb./Hosp.	54.742.177	60.323.577
Vigilância em Saúde	803.796	1.133.346
Assistência Farmacêutica	1.171.777	1.014.586
Gestão do SUS	455.800	445.000
Investimentos na Rede Serviços de Saúde	373.607	127.055
Convênios	763.000	0
<b>ESTADO</b>	<b>13.124.947</b>	<b>10.204.536</b>
Convênios	1.697.053	300.000
Outras Transferências do Estado	11.427.893	9.904.536
<b>Total de Transferências</b>	<b>81.019.727</b>	<b>85.189.943</b>

Fonte: SIOPS (2017).

As transferências intergovernamentais de recursos para a saúde apresentaram variação positiva de apenas 5,1% considerando os anos analisados. Destaca-se a forte redução relativa aos convênios, tanto em relação às transferências da União quanto do Estado, bem como as outras transferências do Estado, que impactaram substancialmente na transferência de recursos para a saúde.

Gráfico 3 - Variação das transferências de recursos para a saúde recebidas pelo Município de Criciúma-SC das demais esferas de governo em 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do SIOPS (2017).

Destaca-se a significativa redução nas transferências de recursos estaduais recebidas pelo Município de Criciúma-SC no ano de 2013, quando comparada ao ano de 2011. Sabe-se da crescente demanda por serviços públicos de saúde; entretanto, percebe-se a redução na transferência de recursos, o que compromete o atendimento e a efetividade na solução dos problemas sociais.

Embora a redução de mais de 20% nas transferências estaduais de recursos para a saúde seja, em termos nominais, inferior ao aumento gerado no repasse das transferências legais, registrado no gráfico 2, não há que se falar em compensação. O aumento nas transferências legais reflete o crescimento na arrecadação dos tributos que são objetos destas transferências, enquanto que a redução no repasses para o SUS evidencia o problema cada vez maior do subfinanciamento do sistema.

#### 4.3 AS DESPESAS COM SAÚDE PÚBLICA REALIZADAS PELO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC NOS ANOS DE 2011 E 2013

Conforme justificado no início da presente pesquisa, a opção pelos anos de 2011 e 2013 para análise das despesas com saúde no Município de Criciúma-SC se deu em razão da vigência da LC 141, editada em 2012,

a qual especifica o que deve ser considerado como gasto em saúde para fins de cumprimento do percentual mínimo de 15% pelo ente público municipal. Assim, o valor aplicado em ações e serviços públicos de saúde para fins de verificação de cumprimento do índice legal, difere do valor total gasto em saúde pelo Município, uma vez que os recursos transferidos do Estado e da União para aplicação exclusiva em ações de saúde não são computados no cálculo. Desta forma, para o cálculo do percentual mínimo de 15%, devem ser excluídos os valores gastos por meio da utilização destes recursos.

Em relação ao ano de 2011, o cálculo do percentual aplicado em ASPS foi realizado de acordo com a EC n. 29/2000 e a Resolução 322 do CNS, que disciplinavam o percentual mínimo e o que se considerava como despesas em saúde, respectivamente. Para o ano de 2013, o cálculo do percentual mínimo seguiu o regramento introduzido pela LC 141/2012.

Com as informações relativas à arrecadação com impostos próprios e transferências constitucionais, é possível efetuar o cálculo do valor mínimo a ser aplicado em ASPS, conforme percentual legalmente estabelecido, confrontando-o com o percentual e valor efetivamente encontrados. A memória de cálculo está demonstrada na tabela 5:

Tabela 5 - Cálculo do valor mínimo a ser aplicado em ASPS pelo Município de Criciúma-SC em 2011 e 2013 (em reais).

Receita	2011	2013
Impostos *	59.856.621	64.681.562
Dívida ativa dos impostos	6.872.717	
Transferências da União	44.348.038	46.819.795
Transferências do Estado	75.895.386	91.129.080
<b>TOTAL</b>	<b>186.972.761</b>	<b>202.630.437</b>
Percentual Mínimo	15%	15%
<b>Valor mínimo a ser aplicado em ASPS</b>	<b>28.045.914</b>	<b>30.394.566</b>

\* O valor relativo a impostos no ano de 2013 apresenta diferença de R\$ 4,5 milhões em relação ao valor informado na tabela 2. Vide justificativa.

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações do SIOPS (2017).

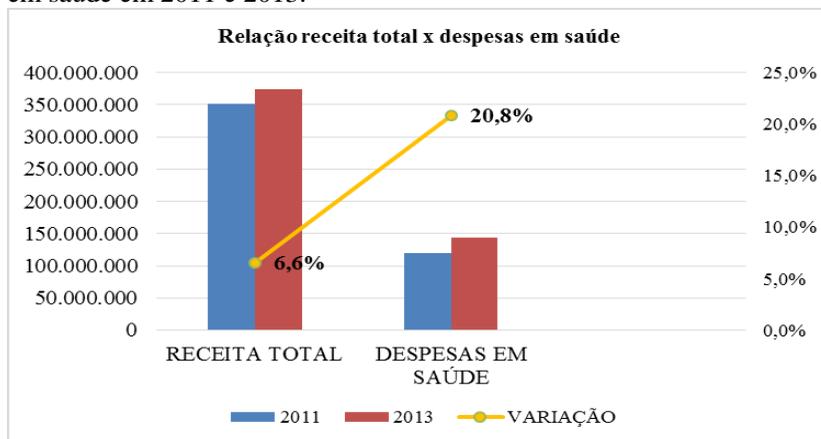
Importante o registro acerca do valor relativo à dívida ativa dos impostos no ano de 2011, conforme demonstra a tabela 5. Embora na classificação geral esta rubrica esteja enquadrada como outras receitas

correntes, ela integra a receita com impostos para efeito de cálculo do percentual mínimo de 15%.

A diferença em relação ao valor dos impostos no ano de 2013 (tabela 2 e tabela 5), de R\$ 4,5 milhões, se refere aos valores relativos ao IRRF. Enquanto o portal da transparência do Município de Criciúma-SC informa o valor de R\$ 8.411.392, o site do SIOPS traz o valor de 12.911.393, tendo-se utilizado este último valor para a composição do *quantum* relativo ao ingresso de receitas por meio de impostos e do cálculo do valor mínimo. Em consulta ao setor responsável pela alimentação dos dados no portal da transparência sobre a divergência apontada, obteve-se a justificativa de que “O sistema do portal da transparência é atualizado automaticamente, possivelmente houve um problema no software. Havido averiguado tal desajuste, acreditamos que tal informação foi corrigida. Portando o valor do IR no ano de 2013 é de R\$ 12.911.393” (CRICIÚMA, 2017b). No entanto, a fim de preservar a fonte das informações coletadas pelo autor (portal da transparência), registrando-as fidedignamente, manteve-se o valor lá constatado.

Em relação às despesas com ASPS nos anos pesquisados, tem-se que no ano de 2011 o Município de Criciúma-SC gastou R\$ 119.097.697, enquanto que em 2013 o montante aplicado foi de R\$ 143.864.875. Ao fazer-se um comparativo entre o ingresso total de receitas e as despesas com saúde, tem-se a seguinte situação:

Gráfico 4 - Variação da receita total comparada à variação das despesas em saúde em 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

A variação com despesas em saúde reflete a crescente demanda por serviços públicos, mas, também, demonstra que procedimentos até então ofertados somente na rede privada passaram a ser disponibilizados pelo SUS, que ampliou significativamente a oferta de serviços e de medicamentos à população.<sup>61</sup>

Com as informações relativas à despesa total e à transferência de recursos das outras esferas de governo para a saúde, é possível encontrar o valor efetivamente aplicado em ASPS no Município de Criciúma-SC, conforme demonstrado na tabela 6:

Tabela 6 - Valor efetivamente aplicado em ASPS nos anos de 2011 e 2013 no Município de Criciúma-SC (em reais).

<b>Valor aplicado em ASPS com recursos vinculados</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>
Despesas totais com saúde (a)	119.097.698	143.864.876
Despesas com recursos de transf. direta para a saúde (b)	81.019.727	85.189.943
Receita com impostos e transferências legais (c)	186.972.761	202.630.437
valor mínimo a ser aplicado (d)	28.045.914	30.394.566
Valor efetivamente aplicado (e = a - b)	38.077.971	58.674.933
valor aplicado superior ao mínimo (e - d)	10.032.057	28.280.367

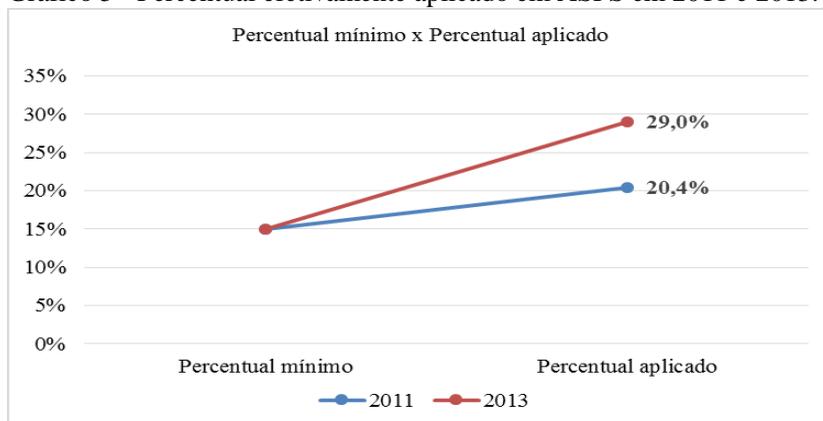
Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a) e do SIOPS (2017).

Com a finalidade de ilustrar o cumprimento dos gastos em saúde pelo Município de Criciúma-SC nos anos pesquisados, o gráfico 5 demonstra o crescimento com despesas em saúde após a edição da LC 141/2012.

---

<sup>61</sup>Notícia vinculada no site Portal Brasil pelo Ministério da Saúde, publicada em 14/02/2013, informa que a inclusão de novos medicamentos e tecnologias no SUS dobrou no período de um ano (BRASIL, 2017b).

Gráfico 5 - Percentual efetivamente aplicado em ASPS em 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a) e do SIOPS (2017).

Os dados apresentados na tabela 6 e no gráfico 5, evidenciam que nos anos pesquisados houve aplicação em ASPS em montante superior ao mínimo legal. Resta esclarecer, no entanto, quais as despesas mais representativas no gasto total em saúde no Município de Criciúma-SC nos anos pesquisados. É importante lembrar que o Tribunal de Contas do Estado (TCE) pode não considerar determinadas despesas para efeito do cálculo quando entender que as mesmas não se perfectibilizam com a determinação do artigo 3.º da LC 141/2012.

De acordo com o portal da transparência do Município de Criciúma-SC, as despesas com saúde são divididas em 5 grandes grupos: Fundo municipal de saúde, Unidades de saúde, incentivos à saúde, secretaria municipal de saúde e centro de zoonoses. Os valores gastos em cada grupo estão especificados na tabela 7, a seguir:

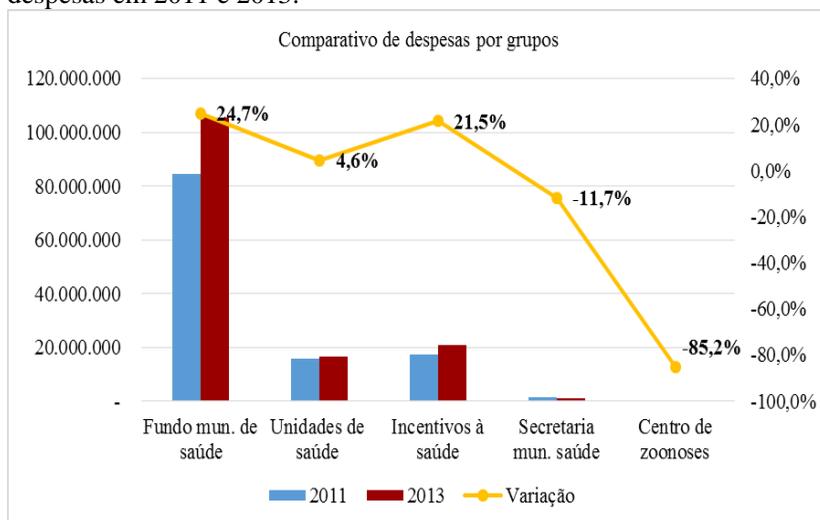
Tabela 7 - Despesas em ASPS conforme divisão por Grupos em 2011 e 2013 (em reais).

DESPESAS	2011	2013
<b>Despesas em saúde</b>	<b>119.087.687</b>	<b>143.864.876</b>
Fundo municipal de saúde	84.503.750	105.354.187
Unidades de saúde	15.684.658	16.404.245
Incentivos à saúde	17.218.337	20.914.989
Secretaria municipal de saúde	1.282.945	1.132.473
Centro de zoonoses	397.997	58.981

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

A variação dos valores gastos em cada grupo pode ser observada no gráfico 6:

Gráfico 6 - Variação dos gastos em saúde de acordo com o grupo de despesas em 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

A variação de 2011 para 2013 em relação aos valores gastos no grupo ‘centro de zoonoses’, pode ser explicada em razão da existência de obra civil, em 2011, tendo sido pago o valor de R\$ 380 mil à construtora Zeferino Cechinel Ltda. Já o valor gasto em 2013 refere-se quase que em sua totalidade à aquisição de veículo junto à empresa Unitá veículos Ltda, no valor de R\$ 48 mil (CRICIÚMA, 2017a).

A rubrica mais expressiva do grupo ‘unidades de saúde’ refere-se à folha de salários com encargos, que responde por aproximadamente 90% dos valores gastos nos dois anos analisados.

No grupo ‘incentivos à saúde’ a folha de salários e encargos sociais responde por aproximadamente 85% do gasto total.

No grupo ‘secretaria municipal de saúde’, o ano de 2011 apresenta pagamento de subvenções sociais no total de R\$ 594,5 mil, sendo que deste total R\$ 490,2 mil foram destinados à Associação Feminina de Assistência Social (AFASC). Em 2013 não consta qualquer pagamento a esta entidade e o valor destinado a subvenções sociais caiu para R\$ 22,8 mil, o que representa uma redução de 95,3%. Entretanto, há uma grande variação em relação à folha de salário com encargos. No ano de 2011 a folha representava 57% do gasto total, já em 2013 o percentual do gasto referente à folha de salários com encargos foi de 98%. Percebe-se que em valores nominais houve redução nos gastos desse grupo, devido à diminuição no pagamento de subvenções sociais. Entretanto, houve acréscimo de 51% na rubrica folha de salários, que passou de pouco mais de R\$ 731 mil em 2011 para R\$ 1,105 milhão em 2013, o que explica o alto percentual correspondente à folha de salários em relação à despesa total.

Em relação ao grupo ‘fundo municipal de saúde’, que concentra o maior volume de gastos, as rubricas mais expressivas estão dispostas na tabela 8. A seguir, passa-se a analisar as principais despesas que compõem o grupo e as variações mais significativas ocorridas nos anos analisados.

Tabela 8 - Principais despesas do Grupo ‘Fundo Municipal de Saúde’ em 2011 e 2013 (em reais).

<b>DESPESAS</b>	<b>2011</b>
<b>Fundo Municipal de Saúde</b>	<b>84.503.750</b>
Folha de salários com encargos	11.270.485
Material de consumo	3.604.821
Material de distribuição gratuita	2.233.732
Serviços de terceiros - Pessoa Física	385.901
Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica	61.887.422
Contribuições	3.844.500
Despesas de exercícios anteriores	19.628
Obras e instalações	
Equipamentos e materiais permanentes	317.212
Principal da dívida contratual resgatado	673.256

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

As principais variações ocorridas neste grupo se referem à folha de salários com encargos, demonstrando que em 2013 ocorreu um expressivo aumento na folha salarial do fundo municipal de saúde, de mais de 100%. Registra-se também a significativa variação na rubrica ‘obras e instalações’ e nas ‘despesas de exercícios anteriores’.

Em relação à rubrica ‘obras e instalações’, o valor pago em 2013 refere-se à obra civil, tendo o valor de quase R\$ 1,3 milhão sido pago à empresa Engetom Construção Civil Ltda. referente a obras de ampliação do Hospital Infantil Santa Catarina. O acréscimo em 2013 na rubrica ‘despesas de exercícios anteriores’ se refere ao pagamento de R\$ 591 mil ao Fundo Nacional de Saúde, referente a devolução dos saldos de convênios; pagamento este que não existiu em 2011.

A rubrica ‘material de distribuição gratuita’ registrou variação positiva de 35,5% no período analisado, apresentando forte elevação de compras de determinados fornecedores. Cita-se o substancial aumento nos pagamentos ao fornecedor Prati Donaduzzi, de 107,4%, e ao fornecedor Cristalia Produtos Químicos, de 352,9%. Essas empresas, em relação aos valores das aquisições, foram os principais fornecedores de medicamentos nos períodos analisados. As expressivas variações revelam que o aumento de 47,8% na aquisição de medicamentos de 2011 para

2013 teve a concentração das compras principalmente nestes dois fornecedores.

Em relação aos pagamentos da rubrica ‘material de consumo’, houve uma redução de 20% nas compras efetuadas. Entretanto, destaca-se o aumento de 97,5% nos pagamentos efetuado ao fornecedor White Martins Gases Industriais Ltda., referente a compra de oxigênio medicinal para prestação de serviços a nível domiciliar.

O valor relativo às ‘contribuições’ refere-se integralmente ao valor repassado ao Hospital São José, apresentando uma redução de 37,9% em 2013, quando comparado ao valor destinado em 2011. Os valores relativos à ‘dívida contratual’ referem-se à amortização de dívida junto ao instituto de previdência dos servidores municipais (CriciúmaPrev), em virtude de parcelamento de débito.

Nos pagamentos efetuados a pessoas físicas estão relacionados diversos serviços profissionais, adiante detalhados na rubrica ‘despesas instrumentais’, exceto o valor de R\$ 221 mil, pagos em 2011, referentes à prestação de serviços médicos no hospital municipal Santa Catarina, evidenciando que naquele ano houve a contratação de profissionais sem vínculo com o ente municipal, fato que não se repetiu em 2013.

Ainda nesse grupo, representando o maior gasto na composição das despesas com saúde, os pagamentos efetuados a pessoas jurídicas pela prestação de serviços totalizaram quase R\$ 62 milhões em 2011, cerca de 52% do total, e quase R\$ 70 milhões em 2013, 48,5% do total. Os maiores desembolsos em ordem decrescente de valor estão informados na tabela 9, que lista 90% dos valores gastos nesta rubrica.

Tabela 9 - Gastos com serviços prestados por pessoa jurídica no Grupo 'Fundo municipal de saúde' em 2011 e 2013 (em reais).

Fornecedor	2011	Fornecedor	2013
Hospital São José	40.189.095	Hospital São José	50.275.254
Hospital São João Batista	5.266.970	Casa de Saúde Rio Maina	3.878.852
Casa de Saúde Rio Maina	3.350.359	Hospital Santa Catarina	1.917.834
Hospital Santa Catarina	2.562.665	Nefroclínica Criciúma Ltda.	1.837.448
Nefroclínica Criciúma Ltda.	1.350.921	Hospital São João Batista	1.329.155
Clínica de Nefrologia Ltda	1.018.688	Clínica de Nefrologia Ltda	1.137.258
Federação das Assoc. Empresariais de SC	880.284	Federação das Assoc. Empresariais de SC	1.014.381
Laboratório Dal Pont Ltda	668.972	Laboratório Dal Pont Ltda	636.448
Unidade Radiológica Criciúma Ltda.	598.850	Flavio Paulo Althoff - Diag. Imagem	604.137

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

O gasto total com serviços prestados por pessoa jurídica apresentou variação de 12,8% em 2013, quando comparado ao ano de 2011, o que não representa uma variação significativa ao considerar-se a inflação no período e a demanda crescente. Registra-se, no entanto, a variação negativa nos pagamentos efetuados ao Hospital São João Batista Ltda., hospital privado, pelos serviços hospitalares prestados a pacientes do SUS, correspondente a uma redução de 63,6%.

Os valores pagos ao Hospital São José são provenientes dos repasses de recursos federais e estaduais para a saúde, uma vez que esta instituição está credenciada para atendimento pelo SUS. A parcela paga ao Hospital São José com recursos do poder público municipal está discriminada com a rubrica 'contribuições', anteriormente referenciada.

Em relação ao fornecedor 'federação das associações empresariais de SC' foi solicitado ao setor de contabilidade do Município de Criciúma-SC esclarecimentos adicionais, uma vez que o histórico dos pagamentos menciona 'pagamento de abono assiduidade aos funcionários do fundo municipal de saúde', causando estranheza pela aparente não relação entre a rubrica e o histórico. Em resposta, o setor responsável esclareceu que "Referente ao questionamento sobre os pagamentos realizados à Federação das Associações Empresariais que é atual empresa que fornece este serviço trata-se de cartão cooperativo no valor atual de R\$ 132,00 para todos os servidores ativos." (CRICIÚMA, 2017b).

Pois bem, sabe-se que os recursos da saúde são provenientes das transferências diretas para o SUS ou da arrecadação de impostos e transferências legais, conforme verificado anteriormente. De acordo com o detalhamento dos pagamentos referentes a este fornecedor (federação das associações empresarias), a fonte de recursos utilizada foi referente a impostos e, portanto, pode ter refletido inclusive na apuração do piso de gastos em saúde. O que cabe verificar é se referida rubrica pode ser adimplida com recursos da saúde.

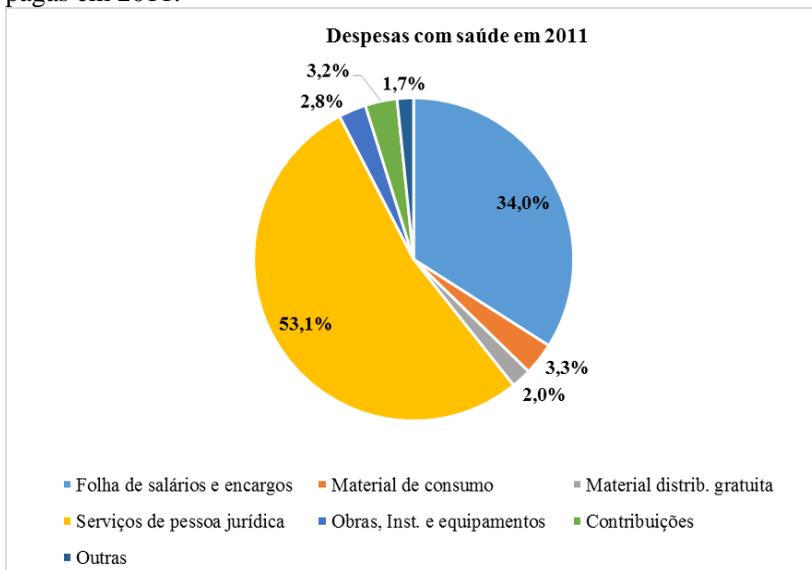
Ao observar-se o inciso X, do artigo 3.º da LC 141/2012, percebe-se que o texto legal contempla a remuneração do pessoal ativo como despesa em saúde, também para apuração do percentual mínimo a ser aplicado. Ao referir-se à remuneração, o legislador possibilitou a inclusão de verbas remuneratórias de natureza salarial ou indenizatória, conforme a natureza do pagamento. Embora o abono assiduidade não tenha natureza salarial, ele se enquadra no conceito de remuneração<sup>62</sup> (BRASIL, 1943), e, portanto, sob o ponto de vista legal, pode ser considerado como despesas em saúde. Entretanto, entende este pesquisador não ser essa a real interpretação a ser dada, não cabendo a inclusão do abono assiduidade, recebido por meio de cartão cooperativo, nas despesas da saúde.

Ao se analisar os gastos totais das despesas com saúde nos anos de 2011 e 2013, envolvendo todos os grupos, destacam-se as seguintes rubricas:

---

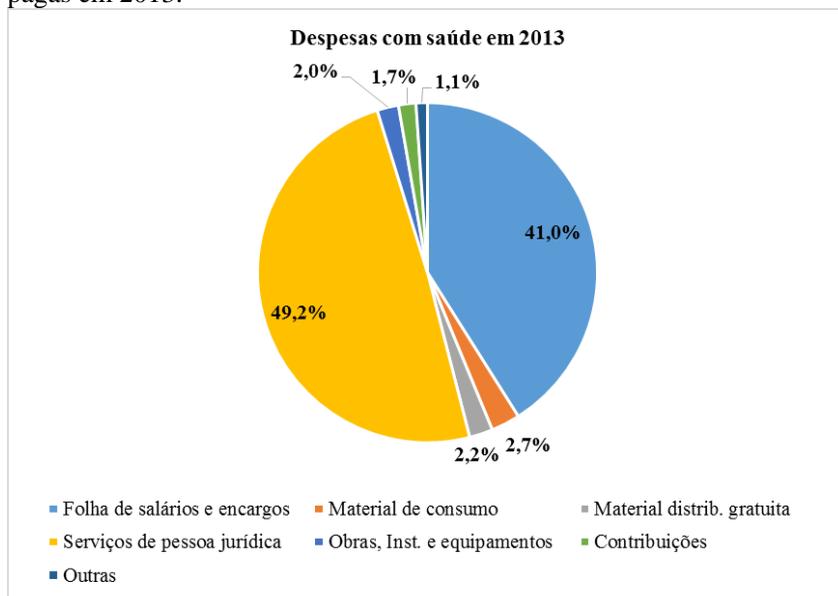
<sup>62</sup> De acordo com o artigo 457 da CLT, o conceito de remuneração abrange, além do salário, as outras formas de retribuição pelo serviços prestados, incluindo-se nesse conceito os abonos recebidos (BRASIL, 1943).

Gráfico 7 - Participação das principais rubricas no total das despesas pagas em 2011.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

Gráfico 8 - Participação das principais rubricas no total das despesas pagas em 2013.



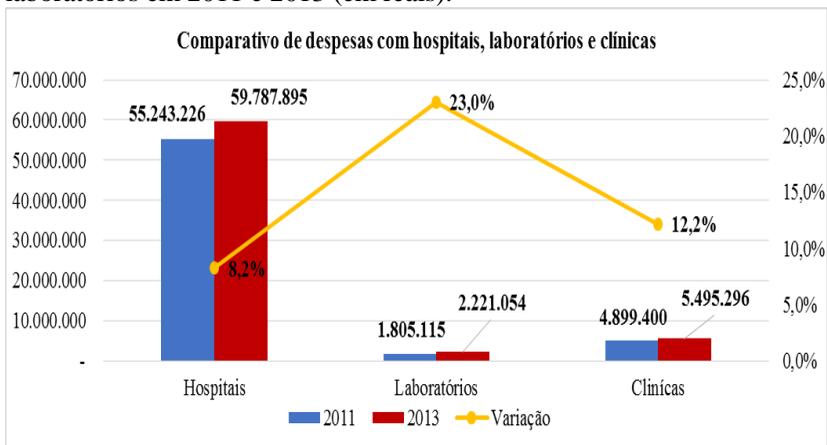
Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

As rubricas apresentadas de forma analítica demonstram a composição do gasto total em saúde pelo Município de Criciúma-SC nos anos de 2011 e 2013, de acordo com a classificação utilizada pelo Fundo municipal de saúde. No entanto, faz-se necessário uma maior segregação dos gastos, criando-se novas rubricas a partir das já existentes, no sentido de demonstrar quais despesas são mais representativas no gasto total. Assim, as tabelas e gráficos a seguir tem a pretensão de pormenorizar a aplicação de recursos na saúde nos anos pesquisados.

Foram criados novos grupos de gastos de acordo com a destinação dos recursos. São eles: Despesas com hospitais, laboratórios e clínicas; despesas instrumentais (água, luz, telefone, aluguel, seguros, etc), obras civis, aquisição de imobilizados, aquisição de equipamentos hospitalares, de materiais hospitalares e de medicamentos.

Os gastos relativos aos pagamentos efetuados a hospitais, laboratórios e clínicas apresentam os valores e variações informados no gráfico 9.

Gráfico 9 - Valores relativos a gastos com hospitais, clínicas e laboratórios em 2011 e 2013 (em reais).



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

Em relação aos valores gastos com despesas “instrumentais”, elaborou-se a tabela 10, elencando os pagamentos realizados relativos a despesas necessárias para o funcionamento do sistema que, em uma visão inicial, não são propriamente gastos em saúde.

Tabela 10 - Valores gastos com despesas instrumentais em 2011 e 2013 (em reais).

Despesas	2011	2013
Água	64.729	88.856
Alimentação	404.802	630.823
Aluguel	539.025	545.123
Combustíveis e manutenção de veículos	448.136	655.585
Energia	208.084	259.101
informática, escritório, limpeza e manutenção	605.971	910.800
Publicidade	372.056	173.707
Seguros	56.014	53.762
Serviços profissionais (engenharia, contabilidade, palestras)	217.076	103.595
Telefone	452.172	459.496
Transporte coletivo	129.463	71.207
Transporte de pacientes	138.979	217.080
Vigilância	44.091	623.602

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

Percebe-se grande variação nos pagamentos relativos à vigilância no ano de 2013, efetuados à empresa Vigilância Triângulo Ltda., tendo havido ampliação das unidades de saúde acobertadas pelo sistema de vigilância.

Em relação aos valores dos aluguéis pagos nos anos analisados, referem-se à locação de imóveis para a execução de programas em saúde, dentre os quais o centro de especialidades em saúde, no Bairro Santo Antônio, os centros de atenção psicossocial, o centro de atenção à saúde do trabalhador, além do imóvel onde está instalado o almoxarifado da secretaria municipal de saúde.

Em relação aos valores gastos com transporte coletivo, o histórico dos pagamentos registra o fornecimento de créditos no sistema de bilhetagem eletrônica do sistema de transporte urbano para atendimento aos pacientes cadastrados nos programas de apoio psicossocial, nos dois anos analisados.

Na rubrica ‘alimentação’ estão registrados os valores gastos com as refeições dos servidores das unidades de saúde, da central de ambulâncias, dos programas de apoio psicossocial, vigilância epidemiológica e de campanhas de imunização.

Os valores pagos a título de publicidade, não tem, na maioria dos casos, a especificidade do programa publicitário realizado, sendo o histórico do pagamento limitado à descrição de “serviços de propaganda e publicidade para execução de serviços de estudo e planejamento, criação, produção, distribuição, veiculação de programas e campanhas promocionais e institucionais, públicas, de mobilização nacional em atendimento a Secretaria Municipal de Saúde” (CRICIÚMA, 2017a, p. 1).

Em relação a essas despesas publicitárias, registra-se que, embora no detalhamento da despesa constarem dados relativos ao contrato público realizado, a omissão do programa publicitário específico que originou o gasto compromete a transparência das informações, contrariando os objetivos da Lei de Acesso à Informação; afinal, os programas efetivamente realizados podem não ter relação com a promoção da saúde. Assim, não basta expor publicamente os valores dispendidos pela administração pública, mas é necessário detalhá-los de forma que o cidadão possa conhecer sua aplicação concreta.

Relativamente às despesas com informática, escritório e manutenção, percebe-se o elevado gasto com serviços de manutenção de equipamentos, nos dois anos analisados. Destaca-se o gasto realizado em 2013 com o pagamento de R\$ 250 mil à empresa Betha Sistemas, referente ao licenciamento de uso de sistemas de informática de gestão pública e de R\$ 147 mil para execução do plano de climatização do centro de especialidades em saúde, pagos à empresa João Moretti Neto – ME.

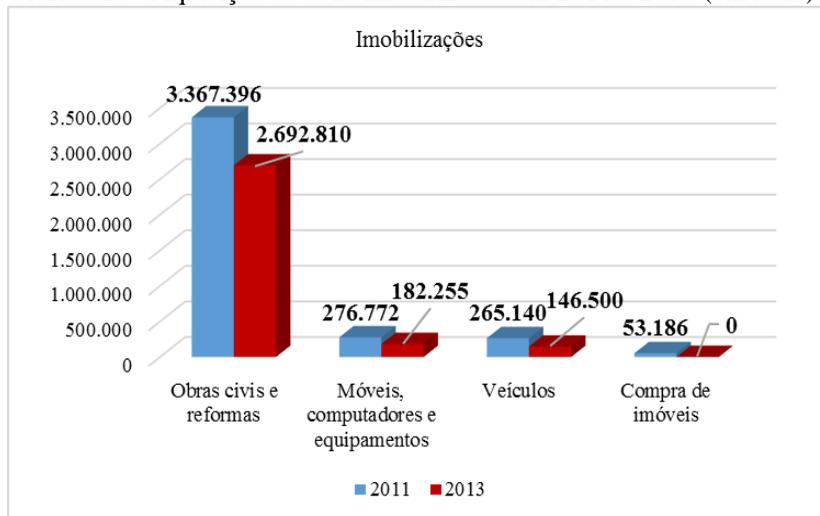
Quando aos valores dispendidos às empresas acima relatadas, registra-se que os valores pagos à empresa Betha Sistemas são oriundos de contrato de licenciamento de sistemas públicos de gestão, conforme processo licitatório ocorrido em abril de 2013, em que o fornecedor foi vencedor do certame, com período de vigência de 48 (quarenta e oito) meses (CRICIÚMA, 2017a). Relativamente ao plano de climatização realizado pela empresa João Moretti Neto –ME, registra-se que as informações disponibilizadas no detalhamento da despesa revelam que o valor se refere exclusivamente à prestação de serviços, não incluídos aparelhos ou equipamentos. Considerando o significativo valor da operação, bem como a natureza dos serviços prestados, seria imprescindível maior detalhamento do gasto.

Em ambos os casos os recursos utilizados para pagamento são provenientes das transferências diretas para atenção básica do SUS, o que gerou dúvida sobre a possibilidade do gasto neste bloco de financiamento em relação aos serviços de climatização. Entretanto, de acordo com a Portaria 204/2007 do Ministério da Saúde, em seu artigo 6.º, § 2.º, V, a

vedação se restringe apenas a obras de construções novas (BRASIL, 2007).

As principais rubricas relativas à aquisição de bens imobilizados nos anos de análise estão demonstradas no gráfico 10.

Gráfico 10 - Aquisição de bens imobilizados em 2011 e 2013 (em reais).



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

Pela análise do gráfico 10 percebe-se o pagamento de valores significativos referente a obras civis e reformas. Em 2011, os pagamentos referem-se à construção do centro de zoonoses, da unidade de pronto atendimento 24 horas, no Bairro Próspera, e da construção de unidades básicas de saúde nos Bairros Morro Estevão, Milanese, Laranjinha e Mina do Mato.

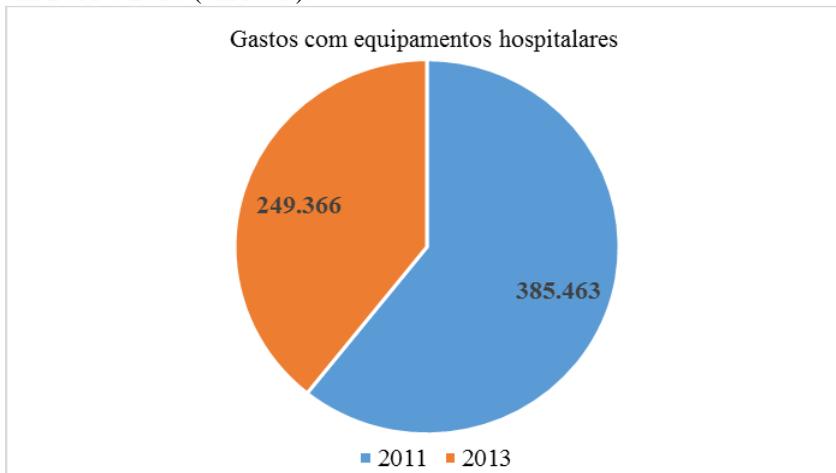
Em 2013, os gastos com obras civis se deram em razão, entre outras, da ampliação e reforma do Hospital infantil Santa Catarina, da construção das unidades de saúde nos Bairros Santa Luzia, Metropol, Maria Céu, Pinheirinho, São Defende e da construção do Centro regional de referência e estudos para a recuperação de dependentes químicos infanto-juvenil, no Bairro Vila São Sebastião.

A compra de imóvel, em 2011, refere-se à aquisição de área de terra no Bairro Metropol para a construção da unidade de saúde naquela localidade.

Os móveis, computadores e equipamentos adquiridos nos anos analisados foram destinados às novas unidades de saúde construídas. Em relação aos veículos adquiridos em 2011, houve a compra de 06 unidades, com a seguinte destinação: 02 para o programa de vigilância sanitária, 01 para o programa de vigilância epidemiológica, 01 para o programa DST/AIDS, 01 para o Centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST), 01 para o núcleo de prevenção da violência e promoção da saúde. Os 02 veículos adquiridos em 2013 foram destinados ao CEREST e ao Centro de controle de zoonoses, além da aquisição de motocicletas para atendimento aos programas de vigilância epidemiológica.

Em se tratando dos valores gastos com aquisição de equipamentos hospitalares, destaca-se a compra de um sistema centralizado de gases medicinais, em 2011. No ano de 2013, os maiores pagamentos não são especificados, sendo relatados no histórico apenas tratar-se de “equipamentos hospitalares”. Em valores totais apurou-se os seguintes gastos:

Gráfico 11 - Valores gastos nas aquisições de equipamentos hospitalares em 2011 e 2013 (em reais).

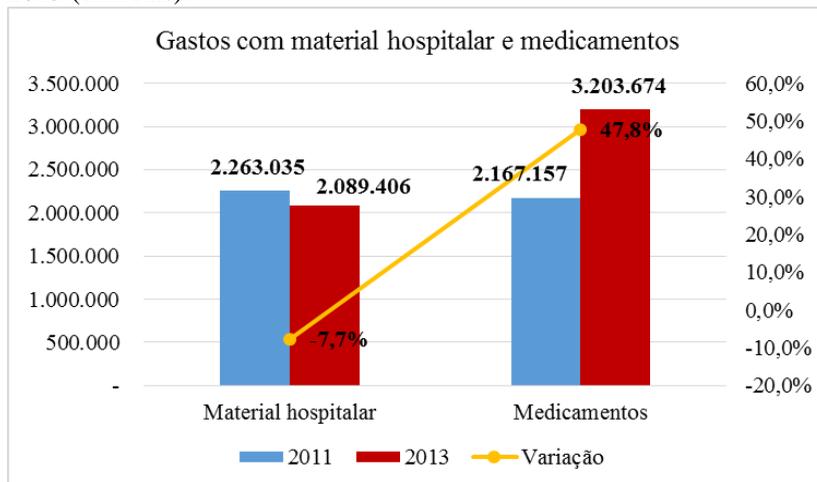


Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

Importante ressaltar que nos valores demonstrados no gráfico 11 estão inclusos os dispêndios com os custos de instalação dos equipamentos, representados pelos serviços profissionais, exceto os de manutenção.

Relativamente aos pagamentos de materiais hospitalares e medicamentos, apresenta-se a seguinte situação:

Gráfico 12 - Gastos com material hospitalar e medicamentos em 2011 e 2013 (em reais).



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017).

Verifica-se um considerável aumento nos valores relativos à aquisição de medicamentos que são utilizados na rede pública de atendimento e, também, distribuídos à população. Este aumento reflete a incorporação pelo SUS de novos medicamentos, possibilitando que novas fórmulas mais eficazes no tratamento de enfermidades cheguem àqueles que necessitam. Com isso o SUS busca cada vez mais atingir o maior número de medicamentos e procedimentos médicos. Importante registrar que nesta rubrica estão incluídos os medicamentos distribuídos por força de decisão judicial e, portanto, na maioria das vezes, alcança somente àqueles que peticionaram. Já em relação aos materiais hospitalares verifica-se que houve redução nas aquisições dos mesmos.

Por fim, demonstra-se as principais rubricas que compõem as despesas com saúde nos anos analisados, demonstrando a participação de cada uma delas em relação à despesa total.

Tabela 11 - Participação das principais rubricas na composição da despesa total em 2011 e 2013 (em reais).

ANOS ANALISADOS	2011	2013
<b>Total despesas com ASPS</b>	<b>119.087.687</b>	<b>143.864.876</b>
Folha de salários com encargos	40.457.137	59.022.266
Pagamentos a hospitalais	55.243.226	59.787.895
Pagamentos a laboratórios	1.805.115	2.221.054
Pagamentos à clínicas	4.899.400	5.495.296
Imobilizações	3.962.495	3.021.565
Subvenções sociais	539.534	22.897
Despesas 'instrumentais'	3.680.596	4.792.737
Material hospitalar	2.263.035	2.089.406
Medicamentos	2.167.157	3.203.674
Criciúma-Prev (principal + juros)	799.548	583.642
Abono assiduidade aos servidores FMS	880.284	1.014.381

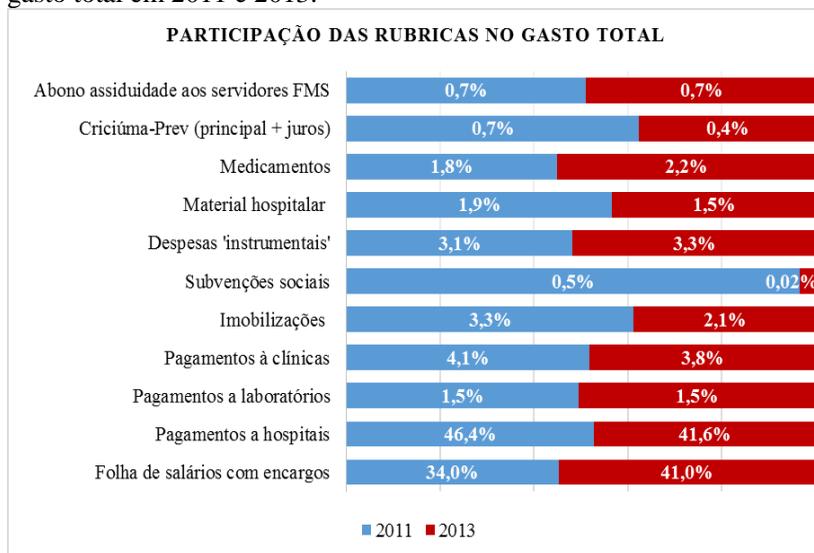
Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

A composição da rubrica 'despesas instrumentais', descrita analiticamente na tabela 10, apresenta valores superiores às despesas com medicamentos, material hospital e pagamentos a laboratórios, em uma clara demonstração de que as despesas que compõem essa rubrica deveriam ser custeadas com recursos distintos daqueles destinados aos serviços de saúde. A despesa com a folha de salários e encargos, em 2013, apresenta praticamente o mesmo valor dos pagamentos efetuados aos hospitalais. Ao considerar-se o abono assiduidade pago aos servidores da saúde, o valor da remuneração somada aos encargos sociais ultrapassa a soma transferida aos hospitalais naquele ano.

Quanto aos pagamentos realizados ao Instituto de Previdência dos Servidores Municipais (Criciúma-Prev), merece registro os valores relativos aos juros pagos em decorrência do repasse extemporâneo das contribuições dos servidores, pela municipalidade ao Instituto. Nos dois anos analisados há pagamentos de parcelas de amortização de dívida e de juros incidentes sobre o parcelamento do débito, concedido em 240 meses. No entanto, entende este pesquisador que os encargos gerados pelo atraso no repasse das contribuições não poderia estar incluso nas despesas da saúde, uma vez que, efetivamente, foram gerados pelo inadimplemento do ente municipal no cumprimento de suas obrigações previdenciárias, não havendo embasamento legal para sua inclusão no rol das despesas com saúde.

Ao analisar-se as rubricas individualmente, pode-se perceber onde foram aplicados os recursos da saúde no Município de Criciúma-SC nos anos imediatamente anterior e posterior à edição da LC 141/2012. A participação de cada rubrica na composição do gasto total pode ser melhor compreendida com a visualização do gráfico 13.

Gráfico 13 - Percentual de participação das rubricas na composição do gasto total em 2011 e 2013.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017a).

O gráfico 13 evidencia que a folha de salários e o pagamento a hospitais são os gastos mais representativos nas despesas com saúde no Município de Criciúma-SC nos anos de 2011 e 2013. Reitera-se, mais uma vez, a constatação de que as despesas instrumentais e as de infraestrutura consomem grande parte dos recursos destinados à saúde. Repisa-se que não se está afirmando que tais despesas são desnecessárias, apenas se quer enfatizar que muitas delas deveriam fazer parte de outro orçamento, não o da saúde.

Por fim, a tabela 12 demonstra os gastos em saúde *per capita* nos anos analisados.

Tabela 12 - Gasto público municipal per capita em ações e serviços públicos de saúde em 2011 e 2013 (em reais).

Ano	Despesa com saúde (R\$)	População (hab.)*	Despesa per capita (R\$)
2011	119.097.698	193.989	614
2013	143.864.876	202.395	711

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações do Portal da Transparência do Município de Criciúma-SC (2017).

\* O número de habitantes utilizados para o cálculo *per capita* baseia-se na população estimada naqueles anos, de acordo com os dados divulgados pelo IBGE em seu sítio eletrônico (IBGE, 2017).

Os dados apresentados na tabela 12 evidenciam que os gastos *per capita* em saúde no Município de Criciúma-SC foram de R\$ 614 em 2011 e R\$ 711 em 2013, apresentando variação de 15,8%. Em uma comparação com dados nacionais apurados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>63</sup>, a média dos Municípios brasileiros com gastos públicos em saúde foi de R\$ 1.099, em 2013, superior, portanto, ao valor *per capita* apurado no Município de Criciúma-SC naquele ano. Entretanto, segundo o mesmo levantamento do CFM, há disparidades extremas entre os Municípios analisados. Em 2013, a média do gasto público em saúde nas capitais foi de R\$ 542, havendo algumas cidades com gasto superior a R\$ 1 mil e outras com valor inferior a R\$ 300 (CFM, 2017), o que indica que a equalização das diferenças regionais nos investimentos em saúde é algo que precisa ser revisto pela legislação.

Embora pareça recorrente a afirmação de que a saúde pública é subfinanciada, os valores apresentados na pesquisa corroboram-na. O cálculo do gasto *per capita* levou em consideração a despesa total, conforme os dados oficiais. No entanto, como foi enfatizado ao longo do capítulo, grande parte dos recursos para a saúde são dispendidos com rubricas que representam despesas instrumentais ou de imobilizações, e caso elas não compusessem o cálculo o valor seria ainda menor. Mais uma vez enfatiza-se que não se quer aqui pregar que tais despesas são desnecessárias, obviamente que não o são; mas incluí-las juntamente com as demais despesas para fins de composição do gasto em saúde pública faz parecer que tal gasto representa ‘perigo’ às finanças públicas. Os valores globais dos gastos em saúde podem causar a falsa impressão de

<sup>63</sup> A pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina concluiu que os indicadores apurados demonstram que os valores investidos pelo Estado são insuficientes para atender às necessidades da população no setor da saúde (CFM, 2017).

que os recursos investidos são suficientes, uma vez que é comum associar-se tais gastos unicamente a procedimentos em saúde, sendo estes apenas parte de um processo muito maior, que envolve outras ações na saúde pública (FRANCO; MERHY, 2005). Esta interpretação equivocada conduz a posicionamentos contrários aos princípios do SUS, sob alegação de inviabilidade do sistema devido a finitude dos recursos. Portanto, com bem ensina Bobbio (2004), tão importante quanto buscar novos direitos é proteger os já existentes, e o SUS precisa desta proteção para que possa, de fato, alcançar os objetivos a que se propõe.

O processo histórico que culminou com a criação do SUS pelo CRFB/1988, teve a pretensão de instituir um sistema de saúde universal, e assim o fez o legislador constituinte, em consonância com o modelo estatal adotado pela Constituição, a qual elevou os direitos sociais ao *status* de direitos fundamentais. Negar ou mitigar a prestação de serviços públicos em saúde ante o argumento de escassez de recursos é aceitar a transformação do SUS em um sistema focalizado, destinado àqueles que, não tendo como pagar pelo atendimento privado, submetem-se aos favores do Estado, como se assim o fosse.

## 5 CONCLUSÃO

Pensar os direitos sociais como direitos fundamentais do ser humano pode, nos dias atuais, parecer algo natural para muitas pessoas e, ao mesmo tempo, algo assistencialista para outras. Há que se respeitar as diferentes opiniões em razão dos distintos momentos históricos vividos, bem como pela ‘formação’ cultural que cada indivíduo vivenciou.

No entanto, o respeito às ideias contrárias não presume concordância com as mesmas, ao menos para o autor desta pesquisa. A busca por melhores condições de vida, que promovam a dignidade da pessoa humana, deve ser uma ação constante nas atividades sociais, sejam elas públicas ou privadas; afinal, melhorar a vida das pessoas deve ser o objetivo maior de cada um, independentemente das suas atribuições profissionais ou convicções políticas.

Nesse contexto, o direito à saúde se apresenta como instrumento necessário e imprescindível para o alcance da dignidade humana. Obviamente que outros direitos sociais também são importantes, mas a saúde física e mental é condição para o exercício dos demais direitos, por isso não pode ser vista apenas como ‘caridade’ do poder público. A positivação do direito à saúde na CRFB/1988, muito mais que o simples reconhecimento formal de um direito, inaugura uma nova visão da saúde pública brasileira, gestada durante muito tempo e que ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Foi resultado de longas e profundas discussões, que acabou por dissociar a saúde do seguro social e implementou uma legislação sanitária inovadora para os padrões nacionais.

Assim, ao dividir a seguridade social em saúde, previdência e assistência social, a CRFB/1988 garante o direito à saúde a todos os cidadãos, independentemente de vínculo laboral, modelo até então vigente, que concedia direito ao atendimento à saúde apenas aos trabalhadores formais que contribuía para o seguro social. A partir de então, foi garantido acesso universal, com integralidade no atendimento, por meio de um sistema único, descentralizado em todas as esferas de governo.

Importante enfatizar que ao introduzir-se o direito à saúde no artigo 6.º da Carta Política brasileira, este foi erigido ao *status* de direito fundamental e, portanto, conforme preconiza a Lei Maior, não pode ser objeto de emenda constitucional que objetive reduzir garantias ali estabelecidas.

A partir desta garantia constitucional foi editada a Lei 8.080/1990, que, ao regulamentar o sistema único de saúde, estabeleceu princípios e

diretrizes a serem observados pelos entes federados quando da efetivação das ações e serviços públicos. Da mesma forma, a Lei 8.142/1990 disciplinou a participação da comunidade na gestão do SUS por meio da conferência e conselho da saúde, além de dispor sobre transferências financeiras intergovernamentais. Assim, baseado na Constituição Federal e na legislação ordinária, o direito à saúde, exercido com a implementação do SUS, constitui-se em um modelo que, embora não tenha a efetividade esperada, mostra-se importante como uma política social de Estado.

É importante frisar que a participação da sociedade nas decisões do SUS não deve ficar adstrita às conferências e conselhos de saúde. Esta participação deve se constituir em um processo contínuo que estabeleça prioridades, considerando os aspectos específicos de cada localidade. Assim, as ações de saúde precisam estar interligadas com a realidade local, no sentido de que a população possa acompanhar e fiscalizar os serviços públicos de saúde. A participação direta da sociedade influencia sobremaneira na transparência da gestão dos recursos.

Para que os objetivos do SUS sejam alcançados e a prestação de serviços em saúde seja efetiva e eficaz, é imperioso que o sistema disponha de recursos financeiros suficientes. Entretanto, o financiamento do SUS sempre motivou discussões em razão da insuficiência dos valores repassados ao sistema, o que traz à baila, como em um passado recente, a criação de um tributo cuja arrecadação seja destinada exclusivamente ao setor.

As fontes de financiamento do SUS estão delineadas na CRFB/1988, constituindo-se basicamente de recursos arrecadados por meio de contribuições sociais pagas por pessoas físicas e jurídicas. O novo texto constitucional também obrigou os entes federados a vincularem recursos provenientes da arrecadação com impostos à prestação de serviços em saúde, estabelecendo que caberia à Lei Complementar determinar percentuais mínimos de investimento na área. Assim, a LC 141, de 13 de janeiro de 2012, definiu que os Municípios devem aplicar 15%, no mínimo, dos recursos arrecadados com impostos próprios e dos recebidos em transferências da União e do Estado, em ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A citada LC também definiu o que pode e o que não pode ser considerado como ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento do referido percentual.

Para tanto, a pesquisa trouxe importantes elementos acerca do sistema tributário nacional, descrevendo os aspectos atinentes à competência tributária para a instituição de tributos e, principalmente, dos impostos sobre os quais se tem a arrecadação vinculada à prestação de

serviços em saúde. Na esfera municipal, a base de cálculo é formada pela arrecadação do IPTU, ITBI e ISS, somada às transferências constitucionais recebidas do Estado e da União, para, então, aplicar-se a alíquota de 15%. A verificação do cumprimento da aplicação do percentual mínimo estabelecido é de responsabilidade do Tribunal de Contas do Estado.

Embora haja uma grande atribuição de competências na área da saúde aos Municípios, as transferências de recursos estaduais e federais obedecem a critérios de rateio que não consideram especificidades regionais, mas tão somente questões populacionais ou econômicas, o que pode conduzir a possíveis desajustes nos orçamentos municipais. A crítica recorrente é a concentração da arrecadação tributária na esfera federal, deixando principalmente os pequenos Municípios com os poucos recursos dos impostos municipais.

Como as normas introduzidas pela LC 141 só produziram efeitos a partir de 2012, para os fatos gerados até 2011 os Municípios deveriam observar as regras contidas na resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecia o que se considerava ou não como ASPS. Ao confrontar-se a referida Resolução com os artigos 3º e 4º da LC 141/2012 percebe-se grande similitude entre as regras nestes diplomas, o que reflete a manutenção do entendimento acerca das ações e serviços públicos de saúde. No entanto, a LC 141/2012 detalhou as possibilidades de forma mais analítica, impedindo uma interpretação extensiva que possibilitasse contabilizar despesas que, embora relativas às atribuições do SUS, não obedecem às diretrizes dispostas em seu artigo 2º.

Na análise das despesas em saúde realizadas pelo Município de Criciúma-SC, não se percebeu alterações nos pagamentos de ASPS em relação às rubricas, principalmente pelo fato de as mesmas, em maior ou menor grau, guardarem relação com a disposição legal que define as ações em saúde passíveis de serem contabilizadas para fins de cumprimento da LC 141/2012. Entretanto, algumas delas podem ensejar desvio de finalidade, uma vez que não há detalhamento suficiente para afirmar que foram destinadas à saúde. Da mesma forma, alguns pagamentos, como os juros de parcelamentos de débitos previdenciários e o abono assiduidade dos servidores, não poderiam ser pagos com recursos da saúde, por ausência de expressa previsão legal.

Percebeu-se, ainda, que embora a LC 141/2012 seja mais específica em relação à legislação anterior, os serviços de saúde ali estabelecidos possibilitam que uma gama extensa de ações seja enquadrada como ASPS, permitindo que um valor considerável de recursos seja dispendido com despesas que, embora necessárias para a

consecução dos serviços, não são propriamente despesas com saúde. O Tesouro Nacional elaborou documento no qual exemplifica despesas e as correlaciona com as ações em saúde contidas nos incisos do artigo 3.º da LC 141/2012. Da leitura desse documento pode-se concluir que o gestor público pode direcionar recursos da saúde para diversas ações, com a possibilidade de enquadrá-las como ASPS em conformidade com a legislação. Assim, não causa estranheza a propalada escassez de recursos para a saúde.

Entende o autor da pesquisa que as despesas relativas à estruturação física e de funcionamento do SUS deveriam estar alocadas em rubricas específicas da área de infraestrutura, com recursos também específicos. Ter-se um orçamento próprio da saúde que permite o pagamento de extenso rol de despesas instrumentais, conduz o sistema para uma situação de subfinanciamento, haja vista não haver equidade nos gastos ante as inúmeras rubricas passíveis de receber recursos.

No caso concreto analisado no Município de Criciúma-SC, percebeu-se não ter havido alterações em relação às rubricas nos pagamentos das despesas com saúde realizadas em 2013, quando comparadas àquelas realizadas em 2011. Não obstante a importância da LC 141/2012 no disciplinamento das ASPS, os pagamentos efetuados evidenciam que a entrada em vigor da nova legislação não provocou alterações significativas na forma de como os gastos em saúde pública são realizados em Criciúma-SC. Enfatiza-se que o regramento introduzido pela LC 141/2012 não foi suficientemente inovador em relação à resolução 322/2003 do CNS no sentido de proporcionar uma mudança de paradigma nos gastos com ASPS.

A pesquisa demonstrou que o percentual de recursos gastos com despesas relacionadas diretamente a recuperação da saúde tem representação pouco expressiva no gasto total. A rubrica medicamentos, por exemplo, representou apenas 1,8% em 2011 e 2,2% em 2013, da despesa total. Apurou-se também, pelo histórico do pagamento, que muitos destes medicamentos foram objeto de demanda judicial e, portanto, entregues a pessoas determinadas, que ingressaram em juízo individualmente. Isso reflete um processo de judicialização da saúde que, entende o autor da pesquisa, embora resolva casos pontuais, não contribui na construção coletiva de direitos.

Destaca-se o gasto representativo da folha de salários com encargos na composição da despesa total, de 34% em 2011 e 41% em 2013. Igualmente, destaca-se a variação com esta rubrica nos anos analisados, de mais de 20%, demonstrando que o custo da mão-de-obra na área da saúde é extremamente relevante. Importante registrar que uma

parte considerável da mão-de-obra de profissionais da saúde não está registrada nesta rubrica. Isto porque nos pagamentos efetuados aos hospitais em razão das transferências de recursos da União e do Estado para o SUS, há, certamente, uma relevante parcela comprometida com a folha de salários. Assim, reafirma-se a expressiva participação da folha de salários na composição dos gastos em saúde no Município de Criciúma-SC, contrastando com a tímida participação dos gastos em medicamentos e materiais hospitalares. Poder-se-ia alegar, em tese, uma atuação mais eficaz na prevenção de doenças, o que justificaria o aumento da mão-de-obra e a redução dos gastos em medicamentos. No entanto, as informações disponibilizadas no portal da transparência indicam que em 2011 haviam 354 servidores efetivos e 223 servidores comissionados alocados na secretaria da saúde; enquanto que em 2013 eram 327 servidores efetivos e 178 comissionados. Portanto, embora tenha havido crescimento no valor da folha de salários, houve redução de 12,5% no número total de servidores.

Conclui-se que, embora se tenha observado crescimento nos recursos alocados para a saúde nos anos analisados, estes não acompanharam o crescimento das despesas, transparecendo que em um futuro breve haverá estrangulamento nas contas. O aumento da demanda e o surgimento de novos procedimentos médicos, fruto do avanço tecnológico e das pesquisas na área, bem como a incorporação pelo SUS de novos procedimentos e medicamentos, certamente requerem que o financiamento da saúde pública seja urgentemente reavaliado. É necessário, portanto, que novas fontes de receita sejam destinadas para financiar o sistema, sob pena da precarização dos serviços e desatendimento à população, o que pode levar uma política pública universal à focalização.

A vinculação de recursos trazida pelo texto constitucional e a sua regulamentação pela LC 141/2012, embora seja instrumento garantidor de investimentos em saúde pelo gestor público, obrigando-o a cumprir percentuais mínimos, não se mostra como mecanismo suficiente para atender a demanda. Não se trata apenas de aumentar o percentual de vinculação, mas de estabelecer um novo regramento sobre as ASPS, com alterações significativas na LC 141/2012. Permitir que rubricas tão distintas tenham equivalência quanto a utilização dos recursos pode conduzir, como verificado na pesquisa, a gastos que não contribuem para a real solução dos problemas enfrentados na saúde pública.

Assim, a sociedade precisa discutir o estabelecimento de novas fontes de financiamento, formas de otimizar as já existentes, evitando o desvio de finalidade, e novos critérios para os gastos. Mobilizar a

sociedade na construção de um grande pacto pela saúde, que reanime setores organizados e a população em geral para o despertar sobre a importância de um sistema de saúde gratuito e universal, como é o SUS (?), para a concretização do bem-estar social e das garantias constitucionais.

Aliás, assegurar o bem-estar em um Estado democrático, como proclama a CRFB/1988 em seu preâmbulo, consolida o entendimento de que o Brasil adotou o modelo de Estado Social, o qual interfere nas relações dos administrados mediante ações negativas (pressuposto do Estado Liberal) e ações positivas, com a implementação de políticas públicas que promovam o combate às desigualdades sociais. Não há, portanto, uma contraposição do Estado Social aos valores trazidos pelo Estado Liberal, mormente a liberdade e a igualdade, mas, contrariamente, utiliza seu poder de intervenção para tornar real e efetiva essas garantias. E assim o faz na área da saúde, mediante uma extensa legislação e mecanismos de controle de investimentos mínimos.

Mas mesmo diante deste controle e legislação específica, pode-se questionar os motivos pelos quais o SUS ainda não se consolidou como um sistema verdadeiramente universal. Ao mesmo passo que a CRFB/1988, em seu artigo 196, ter garantido uma saúde pública gratuita, universal e igualitária, o texto constitucional, no artigo 199, e a Lei 8.080/1990, em seu artigo 21, permitem à iniciativa privada a prestação de serviços em saúde, (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). Na prática, as relações envolvendo a saúde pública e privada não se seguiram harmoniosamente. Enquanto muitos passaram a ter atendimento pelo SUS, outros tantos migraram para o atendimento suplementar dos planos de saúde, em busca de atendimento diferenciado, criando um sistema paralelo que atraiu a classe média, então descontente com o atendimento público. Entretanto, estes mesmos consumidores do sistema privado recorrem ao SUS quando seus planos não cobrem os procedimentos requeridos, geralmente de alto custo (OCKÉ-REIS, 2009; SCHMIDT, 2015).

É preciso que o SUS se torne um sistema verdadeiramente universal, tal qual preconizado pela CRFB/1988, e não um sistema residual de atendimento focalizado dos pobres. Os gestores públicos e a sociedade precisam reconhecer a urgência em aumentar o financiamento da saúde, bem como a implantação de métodos que permitam gerenciar com maior eficiência os gastos, gerando maior eficácia nos resultados, e que estes não são os mesmos da lógica de mercado.

Por fim, é necessário compreender que a dignidade da pessoa humana, como valor intrínseco ao direito à vida, passa necessariamente

pelo direito à saúde em seu conceito mais amplo, o qual abarca uma série de outros direitos sem os quais não se alcança o estado de bem-estar prometido pela Constituição. Consolidar o SUS como modelo de atendimento na saúde pública é compromisso de todos, especialmente daqueles que, mesmo podendo pagar um sistema privado, não se omitem no exercício da cidadania.

## REFERÊNCIAS

ABDULLAH; DATE, H. Public sector knowledge management: a generic framework, *Public Sector ICT Management Review*, v. 3, n. 1, 2009. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/profile/Abdullah\\_Kammani/publication/265864864\\_PUBLIC\\_SECTOR\\_KNOWLEDGE\\_MANAGEMENT\\_A\\_GENERIC\\_FRAMEWORK/links/541ff7430cf203f155c28f38.pdf/download?version=vs](https://www.researchgate.net/profile/Abdullah_Kammani/publication/265864864_PUBLIC_SECTOR_KNOWLEDGE_MANAGEMENT_A_GENERIC_FRAMEWORK/links/541ff7430cf203f155c28f38.pdf/download?version=vs)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

ABSC - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **11.º Congresso Nacional. Seminário CNS/COFIN**. 28 jul. 2015. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2015/docs/documento\\_final\\_seminario\\_cns\\_Cofin\\_abrasco.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

AITH, F. A emergência do direito sanitário como um novo campo do direito. In: ROMERO, L. C; DELDUQUE, M.C. (orgs.) **Estudos de direito sanitário: a produção normativa e saúde**. Brasília: Senado Federal, 2011.

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: As garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. In: SANTOS, L. **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes editora, 2010.

ALEXANDRE, R. **Direito tributário: esquematizado**. 7. ed. São Paulo: Método, 2013.

AMARO, L. **Direito tributário brasileiro**. 19. ed São Paulo: Saraiva, 2013.

ÁVILA, A. R. S. Curso de direito tributário. **3. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2007.**

BATISTA, F. F. **Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão**. Brasília: Ipea, 2012.

BECKER, A. A. **Teoria geral do direito tributário**. 4 ed. São Paulo: Noeses, 2007.

BELLOLI, M. *et al.* **História do Carvão de Santa Catarina**. Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 2002.

BERNARDES, M. B. **Democracia da sociedade informacional: o desenvolvimento da democracia digital nos municípios brasileiros**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, P. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 7. Ed. Malheiros, 2001.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição n. 169/1993**. Disponível em:  
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=24979>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao_Compilado.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm). Acesso em: 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição Política do Imperio do Brazil**. Outorgada em 25 de março de 1824. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Promulgada em 16 de julho de 1934. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm)>  
. Acesso em: 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm)>  
. Acesso em: 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 24 de janeiro de 1967. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm)>  
. Acesso em: 11 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional DE Saúde. 8ª. **Relatório Final**. Brasília: Ministério DA Saúde, 1986. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>.  
Acesso em: 18 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 322**, de 08 de maio de 2003c. Disponível em  
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/reso322.doc>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.212**, de 15 de junho de 2010. Regulamenta a cobrança, fiscalização, arrecadação e administração do imposto sobre produtos industrializados- IPI. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7212.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7212.htm)>. Acesso em: 22 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 10.358**, de 31 de agosto de 1942. Declara o estado de guerra em todo o território nacional. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/d10358.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d10358.htm)>.  
acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei n. 5.452**, de 01 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>.  
Acesso em: 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 5**, de 21 de novembro de 1961. Institui novas discriminações de renda em favor dos municípios

brasileiros. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1960-1969/emendaconstitucional-5-21-novembro-1961-363625-publicacaooriginal-1-pl.HTML>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 10**, de 09 de novembro de 1964. Altera os artigos 5º, 15, 29, 141, 147 e 156 da constituição federal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/1960-1969/emendaconstitucional-10-9-novembro-1964-364969-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 12**, de 15 de agosto de 1996. Outorga competência à união, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc12.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc12.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 20**, de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 21**, de 18 de março de 1999. Prorroga, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do ato das disposições constitucionais transitórias. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc21.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc21.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000a. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 08 maio 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 37**, de 12 de junho de 2002. Altera os arts. 100 e 156 da Constituição Federal e acrescenta os arts. 84, 85, 86, 87 e 88 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc37.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 39**, de 19 dezembro de 2002. Acrescenta o art. 149-A à Constituição Federal (Instituindo contribuição para custeio do serviço de iluminação pública nos Municípios e no Distrito Federal). Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc39.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc39.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 42**, de 19 de dezembro de 2003a. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências.

Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc42.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc42.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 86**, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 95**, de 15 de dezembro de 2016.

Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 378**, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova redação ao Ministério da educação e saúde pública. Disponível em: <

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/L0378.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 1.920**, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/anexo/ANL4320-64.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/anexo/ANL4320-64.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 5.172**, de 25 de outubro de 1966. **Código Tributário Nacional**. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5172.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5172.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.689**, de 15 de dezembro de 1988. Institui contribuição social sobre o lucro das pessoas jurídicas e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7689.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016B.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.212**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 9.718**, de 27 de novembro de 1998. Altera a Legislação Tributária Federal. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9718.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9718.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.637**, de 30 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a não-cumulatividade na cobrança da contribuição para os Programas de Integração Social (PIS) e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), nos casos que especifica; sobre o pagamento e o parcelamento de débitos tributários federais, a compensação de créditos fiscais, a declaração de inaptidão de inscrição de pessoas jurídicas, a legislação aduaneira, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10637.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.833**, de 29 de dezembro de 2003d. Altera a Legislação Tributária Federal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.833.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.833.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.865**, de 30 de abril de 2004. Dispõe sobre a Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social incidentes sobre a importação de bens e serviços e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/L10.865compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/L10.865compilado.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 12.527**, de 18 de novembro de 2011a. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 12.546**, de 14 de dezembro de 2011b. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (...) e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 12.973**, de 13 de maio de 2014. Altera a legislação tributária federal relativa ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas - IRPJ, à Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, à Contribuição para o PIS/Pasep e à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins (...) e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/112973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112973.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.161**, de 31 de agosto de 2015a. Altera as Leis n<sup>os</sup> 12.546, de 14 de dezembro de 2011, quanto à contribuição previdenciária sobre a receita bruta, 12.780, de 9 de janeiro de 2013, que dispõe sobre medidas tributárias referentes à realização, no Brasil, dos Jogos Olímpicos de 2016 e dos Jogos Paraolímpicos de 2016, 11.977, de 7 de julho de 2009, e 12.035, de 1<sup>o</sup> de outubro de 2009; e revoga dispositivos da Lei n<sup>o</sup> 11.196, de 21 de novembro de 2005, quanto à tributação de bebidas frias. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/L13161.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13161.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.202**, de 08 de dezembro de 2015b. Institui o Programa de Redução de Litígios Tributários - PRORELIT; autoriza o Poder Executivo federal a atualizar monetariamente o valor das taxas que indica; altera as Leis n<sup>os</sup> 12.873, de 24 de outubro de 2013, 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e 12.546, de 14 de dezembro de 2011; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13202.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13202.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 7/1970A**, de 07 de setembro de 1970a. Institui o Programa de Integração Social, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp07.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp07.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 8/1970**, de 03 de dezembro de 1970b. Institui o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp08.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp08.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 26/75**, de 11 de setembro de 1975. Altera disposições da legislação que regula o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp26.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp26.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 87**, de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp87.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp87.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 101**, de 04 de maio de 2000b. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 116**, de 31 de julho de 2003b. Dispõe sobre o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, de competência dos Municípios e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp116.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp116.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 131**, de 27 de maio de 2009b. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp131.htm)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 141**, de 13 de janeiro de 2012a. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União,

Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 07 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória n. 774**, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre a contribuição previdenciária sobre a receita bruta. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/Mpv/mpv774.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Mpv/mpv774.htm)>. Acesso em 15 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Inclusão de novos medicamentos e tecnologias no SUS dobra em um ano**. 2017b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/02/dobra-a-inclusao-de-novos-medicamentos-e-tecnologias-no-sus>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Receita Federal do Brasil – RFB. **Resultado da arrecadação**. Disponível em <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/arrecadacao>>. Acesso em: 11 fev. 2017a.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Resolução n. 13**, de 25 de abril de 2012b. Estabelece alíquotas do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), nas operações interestaduais com bens e mercadorias importados do exterior. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=264825>>. Acesso em 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). Súmula 670. **Pesquisa de jurisprudência**. Data de publicação 13 out. 2003-E. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=1517>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). ADI 2999. **Pesquisa de jurisprudência**. Data de publicação 26 mar. 2008-B. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=2999&classe=ADI&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal (STF). **Recurso Extraordinário 573675**. Recorrente: Ministério Público de Santa Catarina. Recorrido: Município de São José-SC. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Data julgamento 25 mar. 2009-B. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=5938143>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=oqyTN559a1UC&printsec=frontcover&dq=isbn:8522505527&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiOx\\_7Q6YTOAhUChJAKHV1ABeAQ6AEIHjAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=oqyTN559a1UC&printsec=frontcover&dq=isbn:8522505527&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiOx_7Q6YTOAhUChJAKHV1ABeAQ6AEIHjAA#v=onepage&q&f=false)> Acesso em: 20 jul. 2016.

CANOTILHO, J. J. G. **Estudo sobre direitos fundamentais**. 1. Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; Portugal: Coimbra Editora, 2008.

CARVALHO, E. B. (org.). **O financiamento da saúde no Brasil**: um debate sobre a vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Câmara de Políticas da Saúde, 2010. p. 95-104.

CAVALCANTE FILHO, J. T. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao\\_trindadade\\_\\_teoria\\_geral\\_dos\\_direitos\\_fundamentais.pdf](http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao_trindadade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf)>

f > e <<https://www.youtube.com/watch?v=kazbec96914>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

CAVALCANTI, M. L. T. Considerações acerca do papel dos conselhos municipais de saúde na fiscalização dos orçamentos públicos de saúde. In: MELAMED C. PIOLA, S. F. (OrgS.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2011.

CERVI, Jacson R. As contribuições do comunitarismo responsivo para as intersecções entre o público e o privado no estado democrático de direito. In: SCHMIDT, João Pedro (org.). **Comunidade e comunitarismo: temas em debate**. Curitiba: Multideia, 2013. P. 97-134.

CHANG, H. J. **Chutando a escada: a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

CHRISTENSEN, Clayton M.; GROSSMAN, Jerome H.; HWANG, Jason. **Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COLLUCCI, C. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da saúde. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 maio 2016. Cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 25 out. 2016.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. 1. ed Brasília, DF: CONASS, 2011.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2015. Disponível <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Governo gasta em média R\$ 3,05 ao dia na saúde de cada habitante.** Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kBBDAZUe1KkJ:portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp%3FfileId%3D8A8182A1497CED940149A5A871B73594+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO - CGU. Disponível em <<http://www.cgu.gov.br/noticias/2015/05/cgu-lanca-indice-que-mede-transparencia-de-estados-e-municipios>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRICIÚMA. **Lei n. 2375**, de 30 de dezembro de 1988. Institui o Imposto sobre a transmissão de bens imóveis e dá outras providências. Disponível em <<https://cm-criciuma.jusbrasil.com.br/legislacao/994685/lei-2375-88>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 35**, de 29 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Imposto sobre serviços de qualquer natureza – ISS e dá outras providências. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/issqn-iss-criciuma-sc>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Criciúma. **Sítio eletrônico oficial.** Disponível em: <<http://www.criciuma.sc.gov.br/site/>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Criciúma. **Portal da Transparência.** Disponível em: <<http://e-gov.betha.com.br/transparencia/01031-000/recursos.faces?mun=Fc0aKsq4FUI=>>>. Acesso em 11 jan. 2017a

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Criciúma. **Sector de Contabilidade.** Mensagem recebida por <[jlpossolli@terra.com.br](mailto:jlpossolli@terra.com.br)> em 18 maio 2017b.

CUNHA, J. R. A.; TORRONTEGUY, M. A. A. O direito à saúde em face do princípio da proibição do retrocesso e dos compromissos internacionais do Brasil. In: ROMERO, L. C; DELDUQUE, M.C. (Orgs.) **Estudos de direito sanitário: a produção normativa e saúde.** Brasília: Senado Federal, 2011.

DATASUS. Informações de saúde. **Indicadores de saúde e pactuações**. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=30504980&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2015/cnv/coapmun>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

DALLARI, S. G.; NUNES JUNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Ed. Verbatim, 2010.

DALLARI, S.G. Poderes republicanos e a defesa do direito à saúde. Evolução da proteção do direito à saúde nas Constituições do Brasil. In: ALVES, S. M. C; DELDUQUE, M. C; DINO NETO, N. (orgs.) **Direito Sanitário em Perspectiva**. Brasília: ESMPU: FIOCRUZ, 2013

ELIAS, Paulo Eduardo. Uma visão do SUS. In: **SUS O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, v. 1. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do Sus. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN S.; EDLER F. C. (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectiva do Sus**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FABRETTI, L. C. **Contabilidade Tributária**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLEURY, Sonia. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituing and the institutionalized = **Reforma sanitária brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.743-752, jun. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FOX, J. **Government transparency and policymaking**. *Public choice*, v. 131, n. 1, p. 23-44, Apr. 2007. Disponível em [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Government+transparency+and+policymaking&author=FOX+J.&publication\\_year=2007&jour](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Government+transparency+and+policymaking&author=FOX+J.&publication_year=2007&jour)

nal=Public+choice&volume=131&issue=1&pages=23-44. Acesso em: 12 jun. 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

GESPÚBLICA. **Instrumento para a avaliação da gestão pública**. Ciclo 2010. Disponível em: <[http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoess/pasta.2010-04-26.8934490474/Instrumento\\_ciclo\\_2010\\_22mar.pdf](http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoess/pasta.2010-04-26.8934490474/Instrumento_ciclo_2010_22mar.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. D. de. **Finanças públicas**: teoria e prática no Brasil. 5. ed. rev., atual Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GORGA, I.; BEGAMASCO, J. L. **Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. Disponível em: <<http://www.igepri.org/observatorio/?p=4826>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

GORGES, A. J. **Dicionário do ICMS – SC**: o ICMS de A a Z. 9. ed. Blumenau-SC: Instituto Aprimorar, 2008.

HIGUCHI, H.; HIGUCHI, F. H.; HIGUCHI, C. H. **Imposto de renda das empresas**: interpretação e prática. São Paulo: Ir Publicações, 2011.

HOBSBAWM, E. **Era dos Extremos**: o breve século XX. 9 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/criciuma/panorama>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

JACCOUD, L.; SILVA, F. B. da; [et al.] **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

KEYNES, J. M. **As consequências econômicas da paz**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2002.

LEIS, H. R. Especificidades e desafios da interdisciplinaridade nas ciências humanas. In: PHILIPPI JR. A.; SILVA NETO, A. J. (editores). **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia e Inovação**. Barueri, SP: Manole, 2011.

LEITE, M. Fórum a saúde no Brasil. **Jornal Folha de São Paulo**. São Paulo, 29 mar. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>>. Acesso em: 14 maio 2016.

LIMA, W.G. **Política pública: discussão de conceitos**. nemad@uft.edu.br - interface (porto nacional), edição número 05, outubro de 2012. Disponível em: <<http://ceap.br/material/mat26022013171120.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN S; EDLER F. C. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MACHADO, Hugo de Brito. **Curso de direito tributário**. 27. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

MARQUES, A.; GRANADO, E. M. A inconstitucionalidade da resolução 13/2012 do Senado Federal que limita a alíquota do ICMS na importação. **Revista Eletrônica De Iniciação Científica**. Itajaí, centro de ciências sociais e jurídicas da Univali. v. 4, n.1, p. 59-73, 1º trimestre de 2013. Disponível em: <<http://www.univali.br/ricc>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MARTINS, W. **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

MCASP - **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público**. Minuta para consulta pública. 6. ed. Disponível em:

[http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/205525/AnexoI\\_R ECEITA\\_ORCAMENTARIA.pdf](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/205525/AnexoI_R ECEITA_ORCAMENTARIA.pdf) >. Acesso em: 18 fev. 2017.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MAZZUCATO, Mariana. **O Estado empreendedor**: desmascarando o mito do setor público vs setor privado. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.

MELAMED, C. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do sistema único de saúde: dos anos 90 aos 2000. In: MELAMED C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2011.

NASCIMENTO, Edson Ronaldo. **Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

NASPOLINI FILHO, Archimedes. **Criciúma - a história em crônicas - volume 1**. Criciúma, SC: Editora do autor, 2016.

NOGUEIRA, S.V.; ADOLFO, L. G. S. O espaço escolar na transição paradigmática: assimetrias na gestão os pilares de emancipação e regulação. In: VIEIRA, R.S.; SOUZA, I. F. **Estado Política e Direito**. Criciúma – SC, UNESC, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? In: **Textos para discussão n.º 1376**, Série Seguridade Social. Rio de Janeiro, fev. 2009. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1549/1/TD\\_1376.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1549/1/TD_1376.pdf)>. Acesso em 15 maio 2017.

OLIVEIRA, G. P. de. **Contabilidade tributária**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **OMS Constituição: Princípios**. Disponível em: < <http://www.who.int/about/mission/es/>>. Acesso em 27 out. 2016.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Carta da ONU**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/carta/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Organização das Nações Unidas. **Declaração universal dos direitos humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217a (III) da assembleia geral das nações unidas em 10 de dezembro de 1948.

Disponível em:

<[http://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr\\_translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/por.pdf)>.

Acesso em: 20 jan. 2017.

PIMENTA, C. Interdisciplinaridade e Universidade: tópicos de interpretação e acção. In: *A Escola e a Diversidade Cultural. Multiculturalismo, Interculturalismo e Educação*, edited by R. BIZZARO. Porto: Areal Editores, 2006.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PIOLA, S. F. O Financiamento público da saúde: algumas questões. In: ALVES, S. M. C; DELDUQUE, M. C; DINO NETO, N. (Orgs.) **Direito Sanitário em Perspectiva**. Brasília: ESMPU: FIOCRUZ, 2013.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <[repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/2/sum%c3%a1rio\\_executivo\\_1846.pdfhttp](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/2/sum%c3%a1rio_executivo_1846.pdfhttp)>. Acesso em: 10 maio 2016.

PIOVESAN, F. Declaração universal de direitos humanos: desafios e perspectivas. In: MARTEL, LETÍCIA DE CAMPOS VELHO (Org.) **Estudos contemporâneos de direitos fundamentais**. São Paulo: Lumen Juris, 2009. p. 339-358

REALI, L. V.; SILVA, C. H. da. **Promoção e proteção da saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2009. p. 1-4. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/26667>. Acesso em: 07 jun. 2016.

RIOS, R.R. O Direito fundamental à saúde e a atividade legislativa. In: ALVES, S. M. C; DELDUQUE, M. C; DINO NETO, N. (orgs.) **Direito Sanitário em Perspectiva**. Brasília: ESMPU: FIOCRUZ, 2013.

RODRIGUES, A. B.; PILATI, J. I.; VIEIRA, R. S. A Política pública dos medicamentos genéricos. In. VIEIRA, R.S.; PREVE, D. R.; PILATI, J. I. (Orgs.). **Estado, política e direito: políticas públicas, gestão pública e direitos fundamentais**. Curitiba: CRV, 2015.

RODRIGUES NETO. E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SABBAG, E. M. **Manual de direito tributário**. 5. ed São Paulo: Saraiva, 2013.

SANTA CATARINA. **Decreto n. 2.870**, de 27 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento do ICMS de Santa Catarina. Disponível em: <[http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/2001/dec\\_01\\_2870.htm](http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/2001/dec_01_2870.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 2.993**, de 17 de fevereiro de 1989. Aprova o Regulamento do IPVA de Santa Catarina. Disponível em: <[http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/1989/dec\\_89\\_2993.htm](http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/1989/dec_89_2993.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 2.884**, de 30 de dezembro de 2004. Aprova o Regulamento do ITCMD de Santa Catarina. Disponível em: <[http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/2004/dec\\_04\\_2884.htm](http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/decretos/2004/dec_04_2884.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.297**, de 26 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o ICMS e adota outras providências. Disponível em: <[http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/leis/1996/lei\\_96\\_10297.htm](http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/leis/1996/lei_96_10297.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.136**, de 25 de novembro de 2004. Dispõe sobre o Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Quaisquer

Bens ou Direitos – ITCMD. Disponível em: <  
[http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/leis/2004/lei\\_04\\_13136.htm](http://legislacao.sef.sc.gov.br/html/leis/2004/lei_04_13136.htm)>.  
Acesso em: 12 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Fazenda - SEF. **Portal da transparência do poder executivo de Santa Catarina.** Disponível em: <<http://www.transparencia.sc.gov.br/receita>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

SANTOS, L. Direito à saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições. In: SANTOS, L. (org.) **Direito da saúde no Brasil.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.

SARLET, I. W. Dignidade da Pessoa Humana e “Novos” Direitos na Constituição Federal de 1988: algumas aproximações. In: MARTEL, L. de C. V. (Org). **Estudos Contemporâneos de Direitos Fundamentais.** Lumen Juris, 2009. p. 103-126.

SCHMIDT, J. P. **Políticas públicas e construção do Estado de bem-estar social no Brasil.** Aula inaugural PPGDS/UNESC, 28 maio 2015. Disponível em: <<http://www.unesc.net/portal/blog/index/412/10/0/5/2015>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à saúde:** efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo.** 15. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6008-demonstrativos>>.  
Acesso em: 25 jan. 2017.

SMITH, A. **Uma investigação sobre a natureza e as causas da riqueza das nações.** 6. ed. Rio de Janeiro: Duetto, 1986.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TEIXEIRA. J.P. **Nos tempos do Zé**. Florianópolis. Instituto Cidade Futura, 1999.

TEIXEIRA, R. R. P. A Eficácia Multidimensional Dos Direitos Fundamentais. **Revista Jus Navigandi**, teresina, ano 17, n. 3150, 15 fev. 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/21084>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

TERRA, José Cláudio C. **Gestão do Conhecimento: O grande desafio empresarial**. Terra Forum Consultores. Disponível em: <[http://profjayrfigueiredo.com.br/GC\\_AC\\_08.pdf](http://profjayrfigueiredo.com.br/GC_AC_08.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2016.

TRICHÊS, J.; ZANELATTO, J.H. **História política de Criciúma no século XX**. Criciúma, SC: UNESC, 2015.

UNAFISCO. Sindicato nacional dos auditores fiscais da receita federal do Brasil. **CPMF: arrecadação, destino dos recursos e alternativas**. Disponível em: <[http://www2.unafisco.org.br/estudos\\_tecnicos/2007/cpmf.pdf](http://www2.unafisco.org.br/estudos_tecnicos/2007/cpmf.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

VARELA. D. Os limites do SUS. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 maio 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/2016/05/1775603-os-limites-do-sus.shtml>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

VIANNA. M. L. T.W. Universalismo x Focalização e outras controvérsias: espécies em extinção? In: MELAMED C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2011.

VIEIRA, R. S. **A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde**, 2013. 527 f. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VIEIRA, R. S.; VIEIRA, R. S.; DA SILVA, I. P. O sistema único de saúde e a política nacional de atenção básica da saúde. In: VIEIRA, R. S.; CERETTA, L. B. (orgs.) **Temas em direito sanitário & saúde coletiva: SUS – uma política pública de Estado**. Criciúma: Ed. UNESC, 2013.

WIIG, K. M. **Application of knowledge management in public administration**. Paper prepared for public administrations of the city of Taipei, Taiwan, ROC, 2000. Disponível em: <[http://www.krii.com/downloads/km\\_in\\_public\\_admin\\_rev.pdf](http://www.krii.com/downloads/km_in_public_admin_rev.pdf)> Acesso em: 12 jun. 2016.

ZANELATTO, J. H.; MIRANDA, A. L.; OSÓRIO, P. S. Memória e trabalho: experiências de operários na capital do carvão. In: **Memória e cultura do carvão em Santa Catarina: impactos sociais e ambientais**. Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC, 2011.